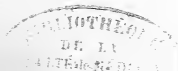


**ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES**  
**JOURNAL**  
**DE**  
**L'ALIÉNATION MENTALE**  
**ET DE**  
**LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS**





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne)

---

DOUZIÈME SÉRIE — TOME DEUXIÈME

QUATRE-VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

---

90132



PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6<sup>e</sup>)

---

1927

1913

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

CHICAGO, ILL.

80123





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---

*Centenaire de la mort de Pinel  
et de la naissance de Vulpian*

---

A l'appel de la Société médico-psychologique, de la Société de Neurologie et de la Société de Biologie, des savants du monde entier célébrèrent à Paris, du samedi 28 mai au mercredi 1<sup>er</sup> juin, deux Français qui s'illustrèrent dans la science des maladies mentales et nerveuses : Pinel et Vulpian.

Philippe Pinel, né le 20 avril 1745, mourut le 25 octobre 1826. C'est donc l'an dernier qu'il eût fallu fêter le centenaire de sa mort. La célébration en eût coïncidé avec celle de la mort de François d'Assise disparu 600 ans plus tôt dans le même mois. Et ce concert d'hommages à la mémoire de deux des

hommes les plus miséricordieux de la terre eût été plein d'harmonie.

Mais cela fut impossible à cause de la coïncidence du centenaire de Laënnec décédé lui aussi en 1826. Les œuvres de ces deux maîtres furent trop différentes pour comporter une fusion parfaite de la commémoration de chacun. D'autre part, les difficultés financières de leur patrie à cette époque ne permettaient pas la simultanéité de deux solennités. Il fallut choisir. Laënnec, dont le nombre des disciples est de beaucoup plus nombreux, fut préféré. Et dans ce concours posthume, comme dans tous ceux de sa vie, notre grand Pinel fut battu.

Cette défaite, pas plus que les précédentes, n'eut de fâcheux effets pour le rayonnement de ses idées. Le souvenir de son trépas fut associé à celui de la naissance de Vulpian, tous les deux avec un retard d'un an, car c'est le 11 janvier 1826 que naquit Alfred Vulpian. Les travaux du second éclaircirent des domaines que le premier avait signalés à l'étude de ses successeurs. Rappeler le labeur de l'un, c'est évoquer celui de l'autre. D'ailleurs psychiatrie et neurologie sont deux sœurs dont on ne peut gagner l'intimité de l'une, sans fréquenter aussi chez l'autre. Ménager des rencontres entre leurs serviteurs respectifs, c'est être utile à celle sous la bannière de qui on s'enrôla. Les secrétaires généraux des trois groupements scientifiques de la pathologie du cerveau, M. Henri Colin pour la Société médico-psychologique, M. Crouzon pour la Société de Neurologie, M. René Charpentier pour le Congrès des aliénistes et neurologistes, l'ont si bien compris qu'ils ne négligent aucune occasion de réunion. Aussi eurent-ils la sagesse de décider que cette glorification conjuguée aurait lieu pendant la semaine neuropsychia-

trique où se tiennent les séances de la Mutuelle et de l'Amicale des aliénistes, ainsi que la Réunion neurologique internationale. Le programme de cette dernière qui siégea les 1<sup>er</sup> et 2 juin comportait la discussion de deux questions intéressant au plus haut point la psychiatrie : Le sommeil, rapporté par MM. Lhermitte et Tournay, et le vertige par MM. de Klejn et Hautant. Et l'on sait l'importance qu'ajoutait Pinel aux modifications du sommeil pour le pronostic des maladies mentales.

Autre conséquence heureuse de ce retard d'un an, pour les psychiatres venus à Paris en cet honneur, ils assistèrent aux fêtes d'un autre centenaire particulièrement propre à suggérer d'instructives réflexions à des gens dont le métier est l'étude de la personnalité humaine : le centenaire de la Jeunesse des Romantiques. Le romantisme, en ce qu'il a de meilleur, n'est-il pas en effet l'exaltation de la personnalité individuelle ? La représentation de la nature exactement comme on la voit, la vérité d'après soi-même et non d'après une convention, la substitution du concret à l'abstrait, l'importance du détail pittoresque, l'émancipation du sentiment individuel hors des contraintes d'une raison collective, la suprématie de la réaction personnelle, toutes ces revendications des chefs de la fougueuse école sont-elles autre chose que la proclamation littéraire et artistique d'une vérité que la clinique avait depuis longtemps révélée à nos pères : l'innombrable diversité de la mentalité des hommes ?

Pour sûr, notre illustre ancêtre, dont M. Georges Dumas signalait les multiples aptitudes, se fût rendu à quelques-unes des conférences de la Sorbonne, et aux expositions de la Maison de Victor Hugo et du salon de Charles Nodier. Il n'y eût certes

pas tout approuvé, possédant à un rare degré ce sens de la mesure que la culture classique inocule à ses fidèles pour les immuniser contre le ridicule et le laid ; mais il y eût souvent admiré la vigueur de l'expression d'une physionomie ou d'un geste, la vérité, même grimaçante, d'une attitude ou d'une description, lui, l'observateur infatigable de la nature.

**LA FACULTE DE MEDECINE**, le samedi soir à 9 heures commença à honorer Vulpian, sous la présidence du Ministre du Travail, de l'Hygiène et de l'Assistance, M. André Fallières, assisté du recteur de l'Université, M. Charléty, et de nombreux délégués étrangers. Le professeur Roger retraça la carrière du clinicien, du physiologiste, de l'anatomopathologiste, du neurologiste et du doyen auquel une cabale cléricale s'efforça d'empêcher l'octroi d'une chaire, parce que ses découvertes servaient d'arguments aux philosophes matérialistes. Le professeur Lacroix s'attacha à rappeler la collaboration aux travaux de l'Académie des sciences, apportée par celui qui en avait été le secrétaire perpétuel. Le professeur Rathery résuma les méthodes d'enseignement de son prédécesseur dans la chaire de médecine expérimentale. Le professeur Letulle lut le discours de Mme Déjerine racontant la bonté et le dévouement cachés derrière la froideur apparente de celui qui fut emporté victime de l'infection qu'il étudiait. Le professeur Fano, sénateur d'Italie, fit son panégyrique au nom des savants étrangers. Enfin le ministre Fallières exprima les éloges du gouvernement.

**LA SALPETRIERE** fut le lieu du rendez-vous fixé par le Directeur de l'Assistance publique, M. Mourier, dans l'Amphithéâtre de la Clinique des maladies nerveuses, devant le tableau de Tony-Robert Fleury, « Pinel faisant tomber les chaînes des aliénées ». On visita les anciens services de Pinel et de Vulpian. Aux loges on descendit dans les cachots souterrains, d'où le bienfaisant médecin exhuma les folles qui, rivées par des fers à la muraille, recevant leur nourriture et leur litière à travers les barreaux d'une porte jamais ouverte, attendaient dans l'obscurité fétide la délivrance de la mort. — On tourna autour des façades grises du long et haut parallélogramme de la prison de La Force où, au lendemain de son mariage avec la prude Maintenon, Louis XIV faisait enfermer les filles publiques ou débauchées, à côté des femmes arbitrairement arrêtées par ses lettres de cachets ou légalement condamnées par sa justice. On traversa les rectangles de pavé aride qu'en sont les cours creusées loin du ciel, entre des pans de moellons rudes à baies rectangulaires. La vitre sans rideau des trois étages de ces baies nues semble décolorée et opaque comme la cornée inutilement transparente des aveugles. Peut-être est-ce pour ne pas revoir ce qui se passa dans les cours sous la Révolution : l'odieux massacre des innocentes par la foule avinée des septembriseurs et les touchantes lessives des jeunes mères lavant au bord du puits les langes du nouveau-né que la guillotine s'appêtait à rendre orphelin. — En descendant de la chapelle pour aller déposer des fleurs devant sa statue, les plus pieux des assistants jetèrent un regard sur le premier étage du bâtiment de droite où habitait Pinel. Ce logement méritait plus d'égard, car sans lui, si le maître n'eût pas vécu au milieu de

ses malades, sa réforme n'eût jamais abouti, car sa science n'eût été que superficielle.

Cette Salpêtrière, au moment où Pinel y vécut de 1795 à 1826, présentait sensiblement la même disposition qu'aujourd'hui. C'est d'ailleurs celle qu'avait réglée le Roi-Soleil lorsqu'il décida de l'affecter aux mendiantes, aux infirmes, aux prostituées, aux folles et aux condamnées. Il voulut que cet Hôpital-Général destiné à parquer les hontes de son royaume fût construit avec la même grandeur que l'Hôtel des Invalides élevé pour héberger ses gloires. Il chargea des deux constructions le même architecte Libéral Bruyant. Le bâtiment qu'il remit à Colbert n'a pas les ornements de trophées, d'armures, de pots à feu, de chevaux, ni les majestueux escaliers à balustre qui décorent celui qu'il confia à Louvois. Le dôme du premier avec ses panneaux à arêtes et la lanterne aux volets fermés qui le surmonte n'a pas sous son noir revêtement d'ardoise la majesté du dôme du second dont la rotondité dorée décoche au ciel une flèche triomphale. Mais dans l'une et l'autre enceintes règnent la même ordonnance des larges avenues, la même harmonie des masses, la même régularité des jardins, le même respect des proportions. C'est aux deux endroits la même pensée raisonnable et française exprimée d'une façon opportunément différente : ici avec une sécheresse austère, là avec une pompeuse magnificence.

La population logée au temps de Pinel n'était pas exactement la même qu'au temps de saint Vincent de Paul. Les mendiantes en avaient été retirées lors de l'institution des Dépôts de mendicité en 1768. Par contre, le nombre des aliénés y était plus considérable, la Convention ayant décidé, en 1791, que les folles présumées curables y seraient conduites

au lieu d'être traitées à l'Hôtel-Dieu. Ultérieurement, pendant le cours du XIX<sup>e</sup> siècle, des triages de plus en plus scientifiques furent opérés dans la foule hétéroclite des hospitalisées. Rappelons simplement que c'est là que Vulpian et Charcot créèrent la Neurologie. Maintenant, sans avoir complètement perdu son caractère initial, et tout en conservant une grande majorité de malades femmes, cet hôpital est mixte. On y comptait en 1925, d'après la statistique de MM. Guillaïn et Mathieu : 3.536 femmes, 260 hommes et 51 enfants répartis dans des services ainsi étiquetés : Neurologie, Chirurgie, Cancérées, Tuberculeuses, Aliénées, Enfants, Reposantes.

Quant au paysage, il est complètement transformé et plus rien ne rappelle l'agreste solitude d'antan. Située en bordure de la ville, à l'embouchure de la flâneuse petite Bièvre dans la Seine affairée, elle dressait la sévérité élégante de ses constructions à quelque cent mètres des deux cours d'eau, au milieu de terrains vagues à peine verdoyants que les inondations transformaient brusquement en marécages. Le fleuve à son niveau, prêt à entrer dans le port du quai Saint-Bernard, s'animait de toute l'activité commerciale d'une gare de marchandises d'aujourd'hui : trains de bois descendus par flottage du Morvan, radeaux de caisses, de sacs, de ballots halés depuis la Normandie, vaisseaux venant de la mer ou y repartant, barques traversant des futailles de Bercy, coches d'eau transportant des voyageurs sans impatience ou sans fortune, etc.

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, le ruisseau dont Buffon avait naguère détourné le lit pour agrandir ses jardins, laissait voir, par delà ses buissons, les cèdres du Liban plantés un demi-siècle plus tôt par Jussieu sur les buttes du Labyrinthe, ainsi que les modestes

maisons où la Convention, aussi soucieuse que les rois des destinées du pays, avait, par décret en 1793, installé le Museum national d'histoire naturelle. La charrette de l'exil escortée d'archers à cheval n'ameutait plus, sur ces berges, la foule rageuse des souteneurs et désespérée des amants, par les sanglots du troupeau garrotté des jeunes femmes qu'elle emportait, depuis qu'avait été supprimée en 1750 la colonisation forcée des Iles. Mais les rôdeurs continuaient comme autrefois à venir la nuit s'y partager les rapines du port.

Et comme autrefois aussi, des couples d'amoureux gagnant les champs y passaient furtivement pendant le jour. Leur insouciance était la même ; mais leur fréquence, était plus grande, l'amour de la campagne devenant à la mode et leurs vêtements étaient tout autres. Plus de rhingraves à canons, ni de pourpoints à rabats pour les galants ; plus de paniers, ni de tailles à basques et à busc pour les maîtresses. Imitant le genre lancé par Notre-Dame de Thermidor, merveilleuses et encore plus grisettes, supprimant corsets, jupons et chemises, moulaient leur beauté à l'antique d'une simple robe flottante, agrafée sous les seins et dont elles ramenaient la traîne sous l'un de leurs bras. Les élégants du Directoire, et même les étudiants, car tout se démocratisait, en habit à larges revers, culotte étroite et cravate soufflée, affichaient leurs idées politiques à leur collet, rouge pour la république et noire pour la royauté. Guignant du haut de la colline les chutes de la promenade, les vieux moulins, entre deux grincements de meule, chuchotaient à la demoiselle de ne plus balancer à jeter son bonnet par-dessus leurs ailes, puisque le bon ton exigeait un cabriolet pour coiffure.



Le transfert au Jardin des Plantes de l'ancienne Ménagerie de Versailles attirait des promeneurs que leur curiosité une fois assouvie par la vue des fauves, menait en face pour comparer les bêtes à face humaine dont avaient parlé leurs parents. Mais Pussin arrêta les curieux, doublement désillusionnés en apprenant la suppression des cages.

Aujourd'hui, tout ce cadre a disparu sous l'envahissement de la ville. Le laboratoire égalitaire du progrès a imposé son moule uniforme aux lieux et aux êtres. L'asphalte a nivelé le vallon ; de fuligineux et tristes immeubles limitent partout l'horizon ; des avenues et des rues où roulent métro, tramways, autos ayant même coupe et même allure galopante. Les passants toujours pressés sont encore bipèdes et habillés, mais sans différence bien évidente d'âge ni de sexe. Elles n'ont pas plus de chignon qu'ils n'ont de poils sur le visage. Ils portent deux jupes pour pantalon et elles des chapeaux mous sans épingle. Aucune n'a de cheveux blancs ; toutes ont des pommettes de 20 ans ; seules les jambes, qu'avec une impudeur égale elles dévoilent presque jusqu'aux hanches, n'ont pas une égale apparence.

La Salpêtrière n'est donc devenue qu'un hôpital intra-urbain, comme tant d'autres. Mais elle tranche dans le passé avec un émouvant relief. Ce fut la geôle expiatoire de la souveraineté féminine, où le hideux Génie de l'homosexualité masculine et l'Ange blême de la chasteté misogyne attirèrent leurs victimes pour les dégrader en les torturant. Mendiante, votre paresse eût triomphé au grand jour si vous fussiez nées dans les richesses. Prostituées, vous eussiez été duchesses si votre art se fût exercé à la cour. Folles, en d'autres temps, sous d'autres cieux,

on vous eût honorées comme les élues des dieux. Ta fidélité, oh ! Manon, serait aussi légendaire que ta beauté si la bourse de Des Grieux eût été à la mesure de son cœur. Et vous, trompeuses hystériques, vous fûtes trompées à votre tour quand, après avoir vu accourir de tous points des savants extasiés de vos extases, vous n'eûtes plus à jouer que les pannes de Babinski, vous, les grandes vedettes de Charcot ! Aussi frissonne-t-on toujours en méditant sous ses voûtes impassibles où tant de beaux yeux ne s'ouvrirent que pour pleurer.

**LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE**, avec son bureau complet : président Legrain, vice-président Leroy, secrétaire général Henri Colin, secrétaires Guiraud et Bussard, trésorier Mallet, commémora Pinel dans l'après-midi du même jour. Fondée 20 ans après sa mort, elle n'en est pas moins la fille spirituelle de celui qui ajoutait l'épithète philosophique à ses deux principaux ouvrages : le *Traité sur l'aliénation mentale* et la *Nosographie*, et qui avait proclamé la nécessité de bien connaître les doctrines de Locke et de Condillac pour comprendre quelque chose aux troubles de l'entendement. D'ailleurs elle lui avait témoigné sa filiale reconnaissance en lui élevant la statue du boulevard de l'hôpital. Il fut étudié comme psychiatre par M. Courbon, comme littérateur par M. Deulin, comme médecin-légiste, par MM. Laignel-Lavastine et Vinchon, comme homme par M. Semelaigne, son arrière-petit-neveu, enfin comme savant et philanthrope par tous les délégués de la France et de l'étranger.

**LA SORBONNE**, à 9 heures du soir, ouvrit en l'honneur de Pinel les portes de son grand amphithéâtre. Une foule attentive et sérieuse y déploya les

tonalités sourdes de ses toilettes. Sur la scène, derrière la longue table de la rampe, et de chaque côté du ministre de l'Hygiène, M. André Fallières, qui présidait, s'assirent les nombreux représentants des sociétés savantes du monde entier, parmi lesquels une seule silhouette féminine, celle de Mme Tysbaert, déléguée de la Société belge de neurologie. C'est de ce seul côté de la salle que brillaient de vives couleurs, grâce aux chemises blanches de ces messieurs en habit, à l'éclat de leurs vastes fronts, aux rubans honorifiques cousus à leurs boutonnieres ou nouant des croix à leurs cous. Les gardes municipaux de service, le Président de la République n'étant pas là, n'avaient pas la même tenue pompeuse que pour Charcot. Du reste, le noir de leur tunique et le bleu de leur pantalon s'harmonisaient mieux avec le caractère de l'homme que l'on fêtait. La vie de l'aliéniste n'ayant pas été dorée des mêmes rayons de gloire que celle du neurologiste, il convenait que la différence fût discrètement rappelée lors de leurs centenaires.

Le Docteur Semelaigne, président du Comité du Centenaire, retraça la vie laborieuse et courageuse de son aïeul à Bicêtre et à la Salpêtrière. Le Professeur Henneguy, au nom de l'Institut, exposa la valeur du savant. Le Professeur Claude, au nom de la Faculté de Médecine, indiqua les méthodes du maître pour enseigner la psychiatrie et la pathologie interne à l'Ecole de Médecine. Le Docteur Sollier, au nom des Sociétés médico-psychologique, de psychiatrie et de clinique mentale, montra que la réussite de l'œuvre du philanthrope était due à la solidité de sa science et associa la mémoire du surveillant Pussin à celle du chef de service, affirmant l'utilité de la collaboration des infirmiers et des

médecins pour le bien du malade et le progrès des découvertes. Le Docteur Henri Colin fit rebondir l'attention, en projetant et commentant un film sur les procédés de la thérapeutique extravagante et barbare en usage avant Pinel. Le Professeur Ley, de Bruxelles, choisi par tous les étrangers pour parler en leur nom, exprima leurs sentiments avec la concision précise et émue que ses nombreux voyages en France nous donnent souvent le plaisir d'écouter. Le Docteur René Charpentier, secrétaire du Comité du Centenaire, fit ensuite par ordre alphabétique des pays, l'appel des délégués étrangers. Allemagne: Profes. Sommer, de Giessen, et Rœmer, de Carlsruhe; Etats-Unis d'Amérique: M. Clifford W. Beers, de New-York, professeur Mills, de Philadelphie, George M. Kline, de Boston; Belgique: Professeurs Ley, de Bruxelles, d'Hollander, de Louvain, docteurs Vervaeck, Tysbaert, Van Bogaert et Boulenger; Colombie: Professeurs Camacho et Samper; Danemark: Professeur Viggo Christiansen et Docteurs Wernoc et Wedsmann; Egypte: Docteurs Hassan Diwany, Abdel Malaklouca, Ibrahim Chalaby et Mohamed Mahfouz; Espagne: Professeur Rodriguez Arias, de Barcelone; Esthonie: Professeur Pussep et Docteurs Renber et V. Hiou; Finlande: le président de la Société des médecins finlandais; Grande-Bretagne: Professeur George Robertson, d'Edimbourg et Docteurs Hamilton Marr, Bond et Donald Ross; Hollande: Professeurs Bouman, Wiersma et Buytendyck; Italie: Professeur Fano, de Florence, Negro, de Turin, Polimanti, de Pérouse, Perrocito, de Pavie, les Docteurs Boschi, de Ferrare, Fanchini, de Plaisance, Felleri, de Catane; Luxembourg: le Docteur Moutrier; Mexique: Docteur Pons Zavarro; Norvège: Docteur

Hans Evensen ; Palestine : Docteur Segal, de Jérusalem ; Portugal : Professeur Sobral Cid ; Pologne : Professeur Jarkowski, de Varsovie ; Roumanie : Professeur Nicolesco, de Bucarest ; Union des républiques socialistes soviétiques : Professeur Chovoschko ; Suisse : Docteurs Boven et Répond ; Tchécoslovaquie : Professeur Haskovec, de Prague ; Uruguay : Professeur Navarro, de Montevideo ; Venezuela : Professeur Pinopou.

Enfin, par un résumé synthétique sur le rayonnement et la portée de l'œuvre célébrée, le Ministre de l'Hygiène, M. André Fallières, clôtura la séance.

La musique de la Garde Républicaine avait entrecoupé agréablement ces discours et la *Toulousaine* avait été chantée par les chœurs de la Sorbonne, en l'honneur de l'ancien bachelier de Toulouse.

Mais sans qu'on s'en doutât, la baguette du Docteur Colin était magique. Son choc à travers les airs réveilla tous les traitements ensevelis dans les archives de l'histoire. En hâte, ils dépêchèrent à Paris, comme déléguées au Centenaire, toutes les douches administrées, sur toutes les têtes d'aliénés, dans tous les coins de toute la terre, pendant tous les siècles écoulés. Leur torrentiel défilé arriva à l'issue de la cérémonie, transformant soudain le péristyle en un asile à portes ouvertes où tous les aliénistes consultés, pour une fois d'accord à l'unanimité, sur la mesure à prendre, conclurent à l'opportunité de la séquestration volontaire. Penauds comme des apprentis sorciers débordés, ils cessaient de s'accorder sur le diagnostic, encore plus sur le pronostic. Par bonheur, minuit approchait. Et quand eut sonné l'heure fatidique, la ronde de pluie était passée.

**SAINTE-ANNE**, le mardi matin, reçut la visite des membres de la Ligue Mentale. Ils mesurèrent les progrès de l'extension annuelle de l'Hôpital psychiatrique du Docteur Toulouse, et inspectèrent sa dernière conquête : le pavillon Magnan. Le Génie Romain s'en échappe au galop, pour empêcher de venir s'y faire capturer, en l'enlevant en croupe, la naïve Fille de bronze qui, par delà la voûte du bâtiment d'en face, accourt de toute la vitesse de ses jambes nerveuses, dans l'éblouissant éclat de son adorable nudité. Ce pendant, que, dans l'ombre du vestibule, « l'Hygiène Mentale », portant sur l'épaule son fils « l'Amour de la Prophylaxie », piétine le raisin « père de l'Alcoolisme » et, par l'exhibition voluptueuse de ses charmes, dont aucune coloration pudique ne rougit la blancheur, promet aux passants alléchés, d'hygiéniques ivresses, derrière le seuil qu'elle garde.

**L'ACADEMIE DE MEDECINE**, le même après-midi, commémora Pinel et Vulpian. Sous le tableau de Müller, « Pinel faisant enlever les fers aux aliénés de Bicêtre », qui orne la Salle des Pas-Perdus, des vitrines exposaient maints objets ayant appartenu aux deux savants.

La séance fut présidée par le jeune ministre de l'Instruction Publique, M. Herriot, encadré de l'auguste vieillesse des académiciens du bureau, plastronnés d'amaranthe et ceints de l'épée. A la façon discrète qui lui est coutumière, le Préfet de la Seine, M. Bouju, s'était assis dans l'assistance, au siège réservé pour lui. Et des profanes des deux sexes avaient osé, pour une fois, installer leurs mortelles fesses sur des fauteuils d'immortels.

Le D<sup>r</sup> de Fleury, avec une académique élégance,

montra les mérites et l'importance de la Nosographie de Pinel, clinicien. Le P<sup>r</sup> Georges Dumas, d'une verve où l'étincelle brûlait parfois en brillant, détailla les diverses aptitudes et fit la critique de Pinel psychologue. L'ardeur encore juvénile du vieux P<sup>r</sup> Hayem évoqua ses souvenirs d'élève sur Vulpian médecin. D'une façon scientifique, le P<sup>r</sup> Gley précisa les découvertes de Vulpian physiologiste. Le P<sup>r</sup> Achard, avec science et art, marqua l'évolution de la médecine de Pinel à Vulpian.

L'uniforme d'académicien et des notes manuscrites avaient rehaussé et soutenu l'éloquence de tous les orateurs, sauf celle du normalien, Georges Dumas, qui avait parlé sans rien lire et vêtu de l'habit solennel du vulgaire mondain. Le normalien Herriot fit de même mais dans l'appareil, plus simple encore, de la jaquette du « français moyen ». Unissant le médecin physiologiste au médecin philanthrope, il exprima la reconnaissance et la fierté du gouvernement à leur égard. Puis, à la guirlande tressée par son archicube, au « bon Monsieur Pinel, monseigneur manqué », il enleva les épines, ajoutant d'autres fleurs, pour le génie de la bonté. Et la séance fut levée à dix-sept heures vingt-quatre minutes.

Au PALAIS D'ORSAY, le même soir, un banquet présidé par le P<sup>r</sup> Richet, membre de l'Institut, offert aux délégués étrangers et aux descendants des deux héros de la fête, réunit 300 couverts. Sur le tapis rouge de l'escalier illuminé, surgissait à chaque palier, d'entre la verdure des plantes, la haute stature d'un garde municipal, en tenue de gala cette fois, bottes luisantes, culotte blanche, revers pourpres, tunique noire, sabre d'argent et cimier d'or.

Il fallait être docteur en médecine pour être admis au festin. Dieu merci, la grâce féminine résiste assez souvent à la consécration d'un tel titre et au fardeau d'un tel honneur. Aussi, le ruissellement lumineux des lustres trouvait-il, de loin en loin, de belles gorges où s'épancher, après avoir rejailli au carcan de tant de faux-cols empesés.

Puis, ce fut la série des toasts, au nom des 17 pays déjà représentés à la Sorbonne, auxquels s'ajoutèrent ceux de M. Roussy, au nom de la Société neurologique, de M. Leroy, au nom des sociétés psychiatriques, de M. Semelaigne, au nom de la famille de son aïeul, Pinel, de M. Vulpian, fils, au nom de sa propre famille. Et le P<sup>r</sup> Charles Richet, célébrant le passé de la science biologique illustrée par les deux ancêtres, et affirmant sa confiance dans ses découvertes futures, donna le signal du départ.

A L'HOTEL DE VILLE, une réception, l'après-midi du mercredi, réunit une dernière fois les plus fidèles congressistes. Au nom de la cité parisienne, le président du Conseil général, M. Godin, au nom du département de la Seine, le Préfet, M. Bouju, célébrèrent les deux Français ; au nom des délégués étrangers, le D<sup>r</sup> Hamilton Marr parla encore ; enfin le D<sup>r</sup> Semelaigne et le P<sup>r</sup> Gley remercièrent les autorités et leurs collègues pour le concours apporté à la glorification du double centenaire. La musique de la garde républicaine exécuta un de ses meilleurs concerts, permettant à la rêverie d'évoquer l'officier de la commune de Paris qu'avait été Pinel, pendant quelques mois au début de la Révolution, avant que l'horreur de ses excès ne



l'eût éloigné de toute vie politique et ne lui eût fait déclarer après les massacres de Septembre que : « s'il eût été officier municipal à ce moment, il eût fait tout au monde pour les empêcher, dût-il être tué lui-même ». Et ce fut la clôture des cérémonies.

Il convient de terminer le récit de cette commémoration scientifique et nationale, en signalant deux heureux événements survenus en même temps qu'elle, l'un par simple coïncidence, l'autre voulu.

La célébration de ce centenaire coïncida avec les fêtes populaires données au héros Lindberg qui, ayant réussi le premier à traverser l'Atlantique sans escale et en quelques heures, commençait le démantèlement de l'immensité, la plus inexpugnable des forteresses de la discorde, où se forgent les haines réciproques des peuples, empêchés matériellement de se connaître et de s'aimer. En outre, cette réunion fut la première rencontre en France, de Français et d'Allemands collaborant à une œuvre neuropsychiatrique.

Ces efforts de l'humanité valide pour briser la chaîne des fatalités, qui périodiquement l'affolent en des accès de sanglante fureur, ne pouvaient se produire avec plus d'opportunité que pendant la glorification de celui qui apaisa la folie, en la délivrant de ses fers. Le devoir de chacun est de perpétuer ces efforts libérateurs, mais sans oublier toutefois que les désirs ne font pas les réalités et que seuls le temps et la mesure construisent avec solidité.

Pinel supprima les chaînes, les cachots et les sévices, mais il garda par prudence la camisole, que les progrès de l'assistance et de la thérapeutique après lui rendirent de moins en moins nécessaire. Toute méfiance sera superflue entre les hommes, le jour où tous auront compris que dans leur duel contre la Nature, l'envie est un agent de diversion qu'elle fait naître de leurs différences, pour mieux échapper à leur maîtrise. Puisse l'assaut que lui livre la pensée humaine, depuis la formation du premier cerveau, pour pénétrer ses secrets, se poursuivre désormais sans querelles entre les assaillants ! Puisse le prochain centenaire de Pinel et de Vulpian être célébré par une civilisation dont les diverses cultures ne devront leur survivance à l'anéantissement fratricide d'aucune autre.

Paul COURBON.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE SOLENNELLE DU 30 MAI 1927

Présidence de M. LEGRAIN, Président

MM. X. Abély, Baruk, Beaudouin, Buvat, Cénac, Codet, Collet, Courjon, Damaye, Demay, Eissen, Halberstadt, Hesnard, Heuyer, Lalanne, Minkowski, Molin de Teys-sieu, Ossip-Lourié, Parant, Paul-Boncour, Porot, Raviart, Rayneau, Reboul-Lachaux, Robin, Sorjes, Targowla, Vinchon, Mme Minkowska, membres correspondants assistent à la séance.

On remarque de nombreux médecins étrangers délégués aux cérémonies du Centenaire de Pinel, et parmi eux des membres associés étrangers de la Société, tels que le Professeur Auguste Ley, le professeur Viggo Christiansen, les docteurs Boschi, Bersot, Rodriguez Arias, etc., etc. Citons enfin le professeur Sommer de Giessen et le Dr Roemer, médecin en chef de l'Asile de Karlsruhe.

La correspondance manuscrite comprend une lettre du Dr René Charpentier demandant à la Société de déléguer des représentants au Congrès de Blois. La Société désigne son bureau pour la représenter.

Une lettre de M. le Dr Miller qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger. La Société nomme une commission composée de MM. Colin, Simon, Charpentier, rapporteur.

M. Leroy donne lecture du rapport de M. Capgras, empêché, sur le prix Belhomme.

*Rapport sur le prix Belhomme*

M. J. CAPGRAS. — Au nom de la Commission composée de MM. Leroy, Truelle et Capgras, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport sur le prix Belhomme. Vous aviez proposé la question suivante : Les troubles du Caractère chez les Epileptiques. Un seul mémoire a été soumis à notre appréciation. Il a pour auteur M. Martimor, médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de Saint-Lizier. C'est un travail consciencieux qui, après une bonne définition du sujet et un historique sommaire, analyse minutieusement l'affectivité et l'activité des épileptiques. Synthétisant ensuite cet exposé, l'auteur cherche à déterminer la note dominante de ce caractère dans la période paroxystique et dans la période intercalaire. « A l'approche ou à l'issue d'un accès convulsif, écrit-il, au cours d'un équivalent psychique, les troubles du caractère sont extrêmement accentués et revêtent un type à peu près uniforme conditionné par une tendance constante : l'impulsivité. L'impulsivité se manifeste dans l'épilepsie avec une intensité et une brusquerie qu'on ne retrouve dans aucune autre psychose. Dans les périodes intercalaires, les anomalies sont banales et variables d'un sujet à un autre. Elles varient aussi d'un moment à un autre, chez le même sujet et cette mobilité de l'humeur est encore le trait le plus caractéristique de la mentalité comitiale. Il existe, il est vrai, une description classique du caractère épileptique qui représente les comitiaux comme égoïstes, méfiants, irritables, querelleurs, poltrons hypocrites, tantôt obséquieux et rampants, tantôt acariâtres et rebelles. Ce tableau peu flatteur s'applique à beaucoup d'épileptiques, notamment à ceux des asiles qui forment une sélection à rebours, mais pour la majorité d'entre eux le caractère est bien différent. La timidité, la soumission, la pondération en peuvent être les notes dominantes. Pour Ducosté, c'est là le cas le plus fréquent. D'autres auteurs refusent aux particularités du caractère permanent des épileptiques toute valeur pathognomonique. On est tenté

d'adopter cette manière de voir quand on considère la banalité des troubles de l'humeur et du comportement chez les comitiaux. Irritabilité, instabilité, indocilité sont des tendances que l'on rencontre chez presque tous les dégénérés. Quelques anomalies du caractère habituel portent néanmoins le cachet de la névrose, celles notamment qui sont liées à l'amnésie et à la bradypsychie. Parmi ces anomalies il faut citer le ralentissement de l'activité, la minutie du travail, la fabulation destinée à suppléer aux défaillances de la mémoire. »

Ces conceptions générales, l'auteur les applique aux chapitres suivants concernant l'évolution, la pathogénie, le diagnostic, le traitement, l'assistance et la médecine légale. Partout il sépare les états paroxystiques liés à l'épilepsie proprement dite des états continus du caractère relevant de la dégénérescence. Il y a là évidemment une notion classique qu'on serait inexcusable d'ignorer, mais peut-être eût-il convenu de la préciser ou de l'analyser davantage à la lumière de quelques travaux récents, d'ailleurs bien connus de l'auteur. Dans la pathogénie, il a soin de signaler les modifications du caractère provoquées par les traumatismes ou par l'encéphalite léthargique, mais il remarque simplement que ces troubles ne diffèrent guère suivant que le malade a ou n'a pas de convulsions. Il fait allusion à l'influence possible des chocs anaphylactiques sur certaines particularités du caractère comitial, la colère, l'impulsion, le vipérisme qui pourraient être des phénomènes de « désensibilisation psychique ». Il note, à ce propos, les analogies entre l'épilepsie et la psychose maniaque-dépressive; il rapproche également le caractère épileptique du caractère hystérique. Mais de tout cela il ne tire aucune conclusion. Il néglige totalement les recherches actuelles sur les états épileptoïdes et sur la constitution épileptique dont Mme Minkowska nous a parlé ici-même; enfin il laisse entièrement de côté la question de l'hérédité.

Malgré ces lacunes, le mémoire de M. Martimor

témoigne d'un sens clinique à la fois aiguë et prudent, d'une érudition savante, d'une clarté d'esprit remarquable. C'est une excellente étude. Votre commission, à l'unanimité, vous propose de lui décerner le prix Belhomme.

La Société adopte ces conclusions et décerne le prix Belhomme à M. Martimor, médecin en chef de l'Asile de St-Lizier (Ariège), auteur d'un travail sur les troubles du caractère chez les épileptiques.

## Centenaire de Pinel

ALLOCUTION DE M. LEGRAIN

CHERS CONFRÈRES,  
CHERS COLLÈGUES,

Avant de donner la parole aux rapporteurs que notre Société a investis de l'enviable mission de célébrer comme il convient notre Grand Ancêtre Philippe Pinel, laissez-moi, en quelques brèves paroles souligner d'un gros trait l'événement qui nous réunit.

Mais laissez-moi surtout souhaiter une cordiale bienvenue à tous les confrères étrangers qui sont accourus à notre appel pour rehausser l'éclat de cet anniversaire.

C'est une date à jamais historique pour une Société, quand l'heureux privilège lui est échu de fêter l'une des plus pures gloires de l'humanité.

De même ce fut une date à jamais mémorable, celle qui vit naître en notre pays un homme dont la pensée bienfaisante devait rayonner sur le monde.

Comme notre Pasteur, Pinel est un citoyen du Monde. Il est de ces lumières que l'Humanité adopte sans distinction d'origine.

Si, dans toutes les Patries, on s'inspire aujourd'hui du nom de notre grand Pasteur, la présence parmi nous de l'élite de la psychiatrie étrangère prouve avec surabondance que Pinel a été de son côté un animateur universel.

Le geste si connu de Pinel, à cette époque sombre des excès révolutionnaires, mais issu lui-même du souffle idéaliste de liberté et de philanthropie qui avait vivifié tant d'esprits et tant de cœurs, ce geste est de ceux dont l'envergure embrasse les plus lointains horizons.

Rien n'est plus suggestif qu'un beau geste. Faut-il s'émerveiller qu'il ait suggéré l'imitation de tous côtés, partout où notre drapeau apportait dans ses plis le renom de la France ?

Pinel était forcément un précurseur. L'aliéné, jusque-là maltraité, parce qu'il était méconnu, apparaît à ce bienfaiteur comme un homme, tout simplement. La peur est fille de l'ignorance: l'excuse du mauvais traitement subi par l'insensé, réside dans la crainte qu'il inspira. Mais Pinel a voulu connaître: c'est là l'homme de science. Avec la science est née la pitié. Devant ces deux facteurs réunis devait céder la crainte. Déchaîner un aliéné à la grande stupeur de l'ambiance, était un geste simple pour Pinel.

Son raisonnement, génial dans sa simplicité et par sa simplicité, résume le grand événement historique auquel son nom reste attaché. Si simple qu'il fût, il fallait pourtant qu'il germât dans une conscience humaine. C'est dans celle de Pinel qu'il a germé, pour notre gloire et notre fierté.

Le xix<sup>e</sup> siècle a montré ensuite dans le développement d'une assistance raisonnée et méthodique ce qui a pu résulter de la fameuse libération de l'aliéné.

Les Asiles ont connu une ère nouvelle que l'histoire dénommera l'Ere de Pinel.

Certes l'œuvre de ce grand philanthrope n'est point terminée, pas plus que celle de Pasteur. Le progrès humain, même inspiré par un esprit de charité, est longtemps boîteux, car l'homme de science a rarement le privilège d'être un agent d'exécution. Les rêves de l'aliéniste ont parfois encore allure d'utopie, utopie qui surprendrait bien Pinel, car en digne fils du grand homme, il voit plus haut et plus large que ne le permettent les Pouvoirs aveugles et une opi-

nion publique difficile à rassurer. Un peu de cette terreur chimérique qu'éteignit Pinel pour un moment survit encore et imprègne bien des Administrations tâtillonnes pour qui la libération de l'aliéné reste une charmante allégorie, mais une conception irréalisable.

Les chaînes métalliques sont tombées; rarissimes sont de nos jours les moyens de force en usage, mais l'asile lui-même est la dernière camisole que les fils de Pinel désirent voir tomber.

Un temps viendra où l'opinion publique dûment formée à notre école renversera volontiers cette dernière bastille et accueillera le misérable que l'asile protège plus souvent qu'il ne protège le milieu social.

Ce sera l'œuvre combinée de tous les savants issus de la grande Ecole où l'on a compati, avec Pinel, au sort de l'aliéné. Déjà de par le monde fleurissent de ces œuvres de patronage, qui honorent notre spécialité et où tous les citoyens concourent au remplacement du malade dans le milieu où il a vu sombrer sa raison. C'est cette vaste coopération qu'envisageait Philippe Pinel en ouvrant à la psychiatrie un nouveau chapitre.

Merci à vous, chers confrères, amis de l'étranger, d'être venus à nous, apporter l'hommage de votre admiration à notre grand compatriote. On a fait à la France la réputation, parfois méritée, d'être une simple animatrice, d'insuffler de grandes et généreuses pensées qu'il appartient à d'autres de faire fructifier.

Qu'importe, puisqu'il nous est donné dans de fraternelles rencontres comme celle-ci d'apprendre le bien qu'ont fait nos idées à ceux qui souffrent sous quelque latitude. Car, la souffrance est comme la science : elle ne connaît point de frontière. La plante revient toujours à sa graine. Il suffit à la gloire de la France d'être une graine toujours vigoureuse et de réapparaître périodiquement sous les espèces d'hommes du calibre de Pinel.



Croyez, chers confrères et amis, à toute la gratitude de la vieille Société médico-psychologique, pour le geste admiratif que vous avez dessiné si joliment en venant fêter avec elle la mémoire de son grand compatriote.

### DISCOURS DE M. SEMELAIGNE

Président du Comité d'organisation des cérémonies commémoratives  
du Centenaire

En 1878, un aliéniste anglais de haute valeur, le docteur Hack Tuke, arrière-petit-fils du fondateur de la Retraite d'York, s'enquérât, au cimetière du Père-La-Chaise, de la tombe de Pinel, et eut de la peine à la trouver. Pinel fut un sage et un modeste, et la terre où il repose, auprès de ses contemporains Chaussier, Gall, Monge et Percy, reste à l'abri des regards indiscrets. Sur elle un siècle a passé et peu à peu la solitude s'est étendue. Les vivants auraient-ils oublié les morts, et ne fêtent-ils plus leur mémoire, en ces jours anniversaires où croît sur les tombes la fleur du souvenir ? Il n'en est rien ; pourtant, à l'époque déjà bien lointaine où je débutais dans la carrière médicale, j'entendais parfois les anciens de notre spécialité reprocher à quelques étudiants leur ignorance des travaux antérieurs, et une propension fâcheuse à attribuer à leurs seuls maîtres tous les progrès de la science mentale. En est-il encore aujourd'hui chez qui règne un tel état d'esprit ? En ce cas, un pèlerinage à la Salpêtrière pourrait sans doute les détromper. On semble, il est vrai, depuis quelques années, s'être acharné à mutiler ces services spéciaux, témoins de tant de choses ; mais l'histoire ne s'efface pas. A l'entrée du vieil hospice, la statue de Pinel indique toujours au passant le berceau de la psychiatrie française. Le seuil franchi, apparaissent les bustes de Jean-Pierre Falret et de Baillarger, et dans le bâtiment qui fait face à l'entrée se trouve le modeste logis où Pinel vécut pendant trente-deux ans. Plus loin est la chapelle où eut lieu son service funèbre.

Ces allées qu'il suivit tant de fois mènent aux quartiers où il prodiguait ses soins aux malades, et où Esquirol, son élève le plus illustre et le plus cher, commença ses leçons si attirantes que, pour les écouter, Leuret, soldat à la légion de la Meurthe, faisait à pied, chaque matin, le trajet de Saint-Denis à la Salpêtrière. De là sortit cette première et brillante pléiade d'aliénistes qui s'en fut porter la bonne parole et dont Pinel demeure le chef incontesté. Evoquant leurs grands noms, le visiteur se rendra compte que ses maîtres furent les disciples de ces hommes; alors il comprendra les leçons du passé, et l'hommage fidèle rendu à la mémoire des pionniers dont l'effort nous fraya le chemin.

## Pinel psychiatre

Par le D<sup>r</sup> P. COURBON

Pinel fut un psychiatre dans toute l'acception du terme. Aussi cet article pour correspondre pleinement à son titre devrait-il envisager tour à tour la création par le maître des principes qui dirigent encore la clinique, le pronostic, la thérapeutique et l'assistance psychiatriques.

Le temps et le cadre dont on dispose obligent à plus de brièveté. Et pour donner à l'œuvre une idée à la fois concise et assez complète, on se bornera à dégager la conception que se faisait Pinel des maladies mentales. On exposera d'abord ses descriptions nosographiques, c'est-à-dire les choses qu'il a vues. On réunira ensuite les choses qu'il a entrevues et qui sont comme ses anticipations scientifiques. On concluera enfin en résumant l'œuvre et la méthode.

### I. — Synthèses psychiatriques

Les entités nosologiques que créa Pinel, en organisant le chaos des ignorances et des connaissances de son temps en matière psychiatrique sont décrites

dans son *Traité sur l'Aliénation Mentale* et dans sa *Nosographie Philosophique* (1).

On sait qu'il répartissait les maladies en cinq classes : Fièvre, Phlegmasies, Hémorragies, Névroses, Lésions organiques.

La classe des Névroses caractérisée par des « lésions du sentiment et du mouvement, sans inflammation ni lésions de structure » comprend 5 ordres : Névroses des sens, Névroses des fonctions cérébrales, Névroses de la locomotion et de la voix, Névroses des fonctions nutritives, Névroses de la génération.

L'ordre des Névroses des fonctions cérébrales comprend 2 sous-ordres : celui des Comata (apoplexie, catalepsie, épilepsie), celui des Vésanies ou Aliénation Mentale.

Les groupes constitutifs de ce sous-ordre des Vésanies sont en nombres différents dans les deux ouvrages de l'auteur. Le *Traité* donne 4 espèces de Vésanies : Manie, Mélancolie, Démence, Idiotisme. La *Nosographie* en contient encore 4 autres : Hypochondrie, Somnambulisme, Cauchemar et Hydrophobie.

On commencera par la classification du *Traité*, le premier en date et dont la première édition eut lieu en l'an IX.

ALIÉNATION MENTALE. — Ce terme générique a pour synonyme les mots : Vésanie, délire, phrénésie et même parfois, surtout dans les premières éditions, le mot manie. Quant au mot « lésion » il n'a pas le sens purement matériel qu'on lui donne aujourd'hui; il signifie perturbation et s'emploie aussi bien pour le physique que pour le psychique.

L'aliénation mentale « n'est qu'une dénomination générale propre à exprimer une lésion des fonctions cérébrales ou intellectuelles » (2). Elle englobe les cas où la lésion est exclusive dans les idées reçues par

---

(1) C'est la 2<sup>e</sup> édition du *Traité* de 1809 et la 5<sup>e</sup> édition de *La Nosographie* de 1813 qui sont citées dans les renvois suivants, sauf indication expresse d'une autre édition.

(2) *Traité*, 1<sup>re</sup> édit. p. 408.

des impressions externes, dans la mémoire, le jugement, l'imagination, le sentiment de sa propre existence, l'impulsion de la volonté (1).

Elle ne correspond à aucune lésion organique du cerveau, elle est de nature purement nerveuse et par conséquent souvent curable. « L'aliénation de l'entendement est en général regardée comme le produit d'une lésion organique du cerveau et par conséquent comme incurable, ce qui dans un très grand nombre de cas est contraire aux observations d'anatomie » (2). Il développe la même idée à la p. 103 de la première édition de son *Traité*. Il y insiste encore à la p. 133. « Avant d'exercer la médecine dans les hospices, j'avais cru qu'on pouvait tirer de grandes lumières sur les causes de l'aliénation mentale en considérant l'état pathologique du cerveau et de ses membranes », et il continue en exprimant sa déception. Enfin dans la deuxième édition du même *Traité*, p. 453, tout en concédant à Morgani qu'on trouve des épanchements lymphatiques dans les ventricules, des engorgements des vaisseaux sanguins, etc., il déclare que les mêmes découvertes se font à l'autopsie d'individus non aliénés. Il en est de même, ajoute-t-il, des changements morbifiques de la substance du foie, de l'estomac et de l'intestin.

Elle a des caractères physiques (3) et moraux (4). Les premières « lésions spéciales de la sensibilité physique constituent une espèce de physiologie particulière des aliénés » (résistance au froid, au sommeil, à la faim, à la soif, aux excès sexuels, état moteur particulier). Les seconds consistent en « lésions de la perception des objets extérieurs » (il décrit ainsi non l'hallucination mais l'inadaptation au milieu) ; « lésions de la pensée » (fuite d'idées, monodéisme, anidéisme, inattention) ; « lésions de la mémoire et du principe d'association des idées (amné-

(1) *Traité*, p. 5.

(2) *Traité* 1<sup>re</sup>, p. 3.

(3) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 58.

(4) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 70 et suivantes.

sies, systématisation et incohérence) ; « lésions du jugement » (extravagances, erreurs, contradictions, imitations, etc.) ; « émotions et affections morales propres aux aliénés » (perversions, mobilité et indifférence émotionnelles, colères) ; « erreur et écart de l'imagination » (hallucinations, déformation de la réalité, inventions, etc.) ; « changement du caractère moral » (transformation de la conduite et des mœurs).

Ces caractères distinguent l'aliénation des SINGULARITÉS NON PATHOLOGIQUES de la conduite ou de la pensée ; « comprendre dans cette division toutes les idées fausses et inexactes qu'on se forme des objets, toutes les erreurs saillantes de l'imagination et du jugement, tout ce qui irrite ou provoque des désirs fantastiques, ce serait alors s'ériger en censeur suprême de la vie privée et publique des hommes, embrasser de ses vues l'histoire, la morale, la politique et même les sciences physiques dont le domaine a été si souvent infecté par des subtilités brillantes et des rêveries » (1). De même il importe de ne pas confondre une « sorte de méchanceté réfléchie qui s'allie avec le libre usage de la raison, d'avec celle qui tient à un état de maladie » (2).

Ces mêmes caractères distinguent l'aliénation de « certaines MALADIES NERVEUSES primitives, connues sous le nom de Somnambulisme, Vertiges, Bizarries, Antipathie, Nostalgie, Frayeurs nocturnes, désirs effrénés pour les plaisirs de l'amour qu'on nomme suivant le sexe : Satyriasis ou Nymphomanie (3), Hystérie, Hypochondrie, Épilepsie et une disposition à l'Apoplexie. Retenons que ces maladies nerveuses sont réparties dans la *Nosographie* de la façon suivante : l'hypochondrie formellement déclarée ici non vésanique (4), le somnambulisme et le cauchemar sont incorporés aux vésanies ; épilepsie et apoplexie sont rangées parmi les Comata parce qu'elles simulent le

---

(1) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 129.

(2) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 283.

(3) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 128.

(4) *Traité*, p. 128.

sommeil, satyriasis, nymphomanie et hystérie sont rangées parmi les Névroses de la génération ; quant aux vertiges, bizarrerie, antipathie, nostalgie, il ne les étudie nulle part ; sans doute ne les a-t-il cités ici que par déférence pour l'usage de l'époque, et s'il les fait plus tard, c'est pour ne pas donner, suivant son expression, de la réalité à des termes abstraits (1).

*Donc pour Pinel l'aliénation comprend dans son Traité les troubles mentaux primitifs, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas secondaires aux troubles d'un organe quelconque. Il n'y a aucune lésion organique du cerveau qui la conditionne ; elle est de nature purement nerveuse.*

Ainsi délimitée dans le *Traité*, elle se compose de 4 vésanies : Manie, Mélancolie, Démence, Idiotisme.

I. MANIE, OU DÉLIRE GÉNÉRAL. — Elle se distingue par « une excitation nerveuse ou une agitation extrême portée quelquefois jusqu'à la fureur et par un délire plus ou moins marqué, quelquefois avec les jugements les plus extravagants, ou même un bouleversement entier de toutes les opérations de l'entendement » (2).

Ses caractères physiques sont ceux indiqués à l'aliénation. Ses caractères moraux sont : une succession rapide des affections morales et des idées, ou bien une cohérence des idées mais avec d'autres écarts de la raison, une conservation ou une suspension de la mémoire. Ce qui la distingue de la démence, c'est la conservation du jugement (3).

Elle a deux variétés : manie délirante quand il y a troubles dans les idées et les actes et manie raisonnée quand les troubles sont limités aux actes.

Ses causes sont : écarts de régime, surmenage, passions, ambitions, dévotion extrême, mauvaise éducation, maladies aiguës, coups sur la tête, suppression du

(1) *Nosographie*. I. La méthode, p. XXXV.

(2) *Traité*, p. 139.

(3) *Traité*, p. 179.

flux menstruel ou hémorrhéoïdaire, disparition d'une éruption cutanée, de la sécrétion lactée, des lochies (1).

Elle évolue d'une façon aiguë, d'autant plus curable qu'elle a une cause accidentelle, ou d'une façon chronique périodique ou continue (2).

Son siège primitif est dans la région de l'estomac et des intestins et c'est de ce centre que se propage comme par une espèce d'irradiation, le trouble de l'entendement (3).

Elle comporte ou non des hallucinations visuelles ou berlues, par vice du cerveau. Plusieurs de ses malades ont des visions terrifiantes, notamment voient des serpents dans leur paille (4).

Traitement. — Ni chaînes, ni douches (5). Clausturation en chambre obscure dans les états subaigus. Dans les états aigus simple gilet de force pour fixer le malade dans son lit, ou mieux pour immobiliser uniquement les bras en le laissant marcher à sa guise. Bains tièdes avec effusions sur la tête. Traitement moral à base de douceur, de fermeté et de travail. Par ailleurs traitement de la cause physique, quand elle existe (6). Alimentation copieuse. Boissons acidulées, délayantes.

*Donc pour Pinel la manie comprend d'une part, comme manie non délirante toutes les impulsions et perversions, d'autre part comme manie délirante tous les états maniaques essentiels ou symptomatiques d'aujourd'hui, sauf les démentiels : agitation maniaque, confusionnelle, onirique, bouffée délirante, etc.*

II. MÉLANCOLIE OU DÉLIRE EXCLUSIF. — C'est « dans l'extrême intensité d'une idée exclusive et propre à absorber toutes les facultés de l'entendement que

---

(1) *Nosographie*, 5<sup>e</sup> édition, V, III, p. 117.

(2) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 143 et 335.

(3) *Traité* 2<sup>e</sup>, p. 142.

(4) *Nosographie* III, p. 23. *Traité*, p. 154.

(5) *Traité*, p. 333.

(6) *Nosographie* III, p. 118.

consiste la mélancolie » (1). « C'est quelquefois une bouffissure, d'orgueil et l'idée chimérique de posséder des richesses immenses et un pouvoir sans borne » (délire de grandeur d'aujourd'hui); c'est d'autrefois l'abattement le plus pusillanime, une consternation profonde ou même le désespoir (délire mélancolique d'aujourd'hui) (2). On devient de plus en plus soupçonneux et l'on finit par se croire sans cesse circonvenu par des pièges et des trames ourdies avec la plus noire perfidie (délire de persécution d'aujourd'hui) (3). « Parmi les mélancoliques les uns ont cru avoir la tête remplie d'une matière pesante, d'autres se sont imaginés l'avoir vide ou desséchée. Un autre croit avoir la tête amputée (délire hypochondriaque d'aujourd'hui) (4). La mélancolie s'accompagne parfois de bigotterie (délire mystique d'aujourd'hui) (5). Il peut y avoir des hallucinations visuelles ou berlues. »

Les causes occasionnelles sont celles de l'hypochondrie : tristesse, chagrins, frayeurs, surmenage intellectuel, dégoût de la vie tenant à un dépérissement de la santé, scrupules, imagination grossissant les malheurs de la vie, interruption d'un genre de vie active, amour violent, excès vénériens, abus de narcotiques et spiritueux, suppression des exécutoires, thérapeutique sans méthode (6). « La mélancolie peut tenir à une disposition naturelle qui se fortifie avec l'âge. » (7).

Son évolution peut être chronique pendant des années. Quelquefois le délire change de caractère et conduit à des idées de grandeur (3<sup>e</sup> période du délire chronique d'aujourd'hui) ou bien devient de la manie (8), ou bien conduit au suicide (mélancolie suicide d'aujourd'hui) (9). Le traitement consiste à changer de

(1) *Nosographie* III, p. 345.

(2) *Nosographie* III, p. 165.

(3) *Nosographie* III, p. 115.

(4) *Nosographie* III, p. 344 et 33.

(5) *Traité* 1<sup>er</sup>, p. 72.

(6) *Nosographie*, v. III, p. 97.

(7) *Traité* 1<sup>er</sup>, p. 115 et 171.

(8) *Traité* 1<sup>er</sup>, p. 167.

(9) *Traité* 1<sup>er</sup>, p. 168.



manière de vivre, à pratiquer des exercices physiques, se distraire, voyager, traiter la perturbation organique qui peut exister (suppression d'exutoire) (1).

*Donc pour Pinel, la mélancolie est le délire systématisé d'aujourd'hui dont il a décrit les formes mélancoliques, persécutées, mégalomaniaques, hypochondriaques, mystiques.*

III. DÉMENCE OU ABOLITION DE LA PENSÉE. — Ses caractères spécifiques peuvent être énoncés de la manière suivante : « Lorsqu'elle est portée au plus haut degré : succession rapide, ou plutôt alternative non interrompue d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, mouvements désordonnés et actes successifs d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté d'apercevoir les objets par des impressions faites sur les sens, oblitération du jugement, activité continuelle sans but et sans dessein, et nul sentiment intérieur de son existence. » (2).

Ce qui la distingue de la manie, c'est l'absence de jugement (3).

Elle est originaire ou innée, ou amenée par l'âge. Souvent elle est accidentelle, intempérance, abus des plaisirs, attaque d'apoplexie, coups sur la tête, frayeurs, études sans méthode (4). Elle termine parfois la manie.

Elle est le plus souvent incurable, surtout quand elle provient de l'âge, elle est exceptionnellement curable, quand elle est accidentelle (5).

Le traitement consiste en : excitants internes (aromatiques, infusions amères, muriate amoniacal) externes (épispastiques à la nuque, frictions, exercices au grand air, galvanisation) (6).

*Donc pour Pinel, la démence consiste en incohé-*

(1) *Nosographie*, v. III, p. 98.

(2) *Traité*, p. 181. Le sentiment de l'existence signifie sentiment d'existence individuelle.

(3) *Traité*, p. 179.

(4) *Nosographie*, v. III, p. 131.

(5) *Traité*, p. 483.

(6) *Nosographie*, v. III, p. 132.

rence par amnésie et défaut du jugement. Il y range les démences séniles, précoces, organiques et post-vésaniques d'aujourd'hui. Il y englobe aussi certains cas de confusion mentale qui correspondent à sa démence exceptionnellement curable parce que accidentelle. Il a le gros tort d'y incorporer la distraction puisqu'il donne le Ménalque de La Bruyère comme le type du dément.

IV. IDIOTISME OU OBLITÉRATION DES FACULTÉS INTELLECTUELLES ET AFFECTIVES. — C'est une abolition plus ou moins absolue soit des fonctions de l'entendement, soit des affections du cœur..... La plupart des idiots ne parlent point, ou ils se bornent à marmotter quelques sons inarticulés, leur figure est inanimée, leurs sens hébétés, leurs mouvements automatiques, un état habituel de stupeur, une sorte d'inertie invincible forme leur caractère (1).

L'idiotisme originel a pour cause parfois un vice de conformation du crâne (2). Il existe chez les crétiens de la Suisse. L'idiotisme accidentel peut avoir pour cause : abus des plaisirs énervants ; usage des boissons narcotiques ; coups violents sur la tête ; vive frayeur, chagrin profond, études sans méthode, tumeurs dans l'intérieur du crâne, attaque d'apoplexie, abus des saignées (3) ou des affections vives et inattendues (4) c'est-à-dire des émotions (inventeur frappé de stupeur joyeuse en recevant les félicitations de Robespierre, frères frappés de stupeur douloureuse, l'un en voyant tuer son frère sous ses yeux, l'autre en apprenant cette mort).

L'idiotisme est incurable (5) le plus souvent, surtout quand il tient à un vice de conformation de la tête. Mais il guérit quelquefois quand il est de cause accidentelle. Souvent un accès de manie y met un

---

(1) *Traité*, p. 182.

(2) *Traité*, p. 182.

(3) *Traité*, p. 181.

(4) *Traité*, p. 184.

(5) *Traité*, p. 485.

terme et est suivi lui-même de guérison (psychose maniaque dépressive d'aujourd'hui) (1).

Le traitement est celui de la démence.

*Donc pour Pinel, l'idiotisme est la stupeur d'aujourd'hui, puisque c'est l'inertie et l'obtusion qui le caractérisent. Il y range les idiots paisibles, les mélancoliques et les confus stupides par intoxication ou sidération émotionnelle.* A remarquer que l'idiotisme, qu'un accès de manie guérit n'est autre chose qu'un accès de ce qu'on appellera plus tard « folie à double forme ».

Telles sont les 4 « espèces » qui se partagent l'aliénation mentale dans les 2 éditions du *Traité Médico-philosophique* de l'an IX et de l'an 1809.

On voit que ce sont les caractères extérieurs des psychoses qui ont servi à établir ces distinctions. Cela est conforme aux intentions formelles de l'auteur qui dans l'introduction de son ouvrage déclare vouloir n'admettre « comme symptômes et signes distinctifs que ceux qui sont manifestes aux sens, qui ne donnent aucune prise à des raisonnements vagues » (2).

Dans sa *Nosographie* dont la dernière édition date de 1819, ces quatre vésanies s'enrichissent de quatre autres : hypochondrie, somnambulisme, cauchemars, hydrophobie.

V. HYPOCHONDRIE. — Elle avait été explicitement éliminée de l'aliénation dans le *Traité*. « Elle peut par ses progrès successifs dégénérer en manie, mais considérée en elle-même, elle en est très différente, forme un genre très étendu et peut donner lieu à des erreurs de l'imagination très singulière » (3). Dans la *Nosographie* il l'y intègre la mettant en tête des quatre vésanies précédentes avec ces mots : « Qu'il est difficile de se faire une idée juste sur elle et de ne pas la confondre avec l'hystérie ou la mélancolie » (4).

---

(1) *Traité*, p. 186.

(2) *Traité*, p. 3.

(3) *Traité*, p. 128.

(4) *Nosographie*, v. III, p. 83.

Il lui décrit des symptômes abdominaux (tensions, gonflements, pulsations, nausées, dégoûts, flatosités, diarrhées) et des symptômes de diverses parties du corps (resserrement de poitrine, palpitations, chaleurs au visage, inquiétudes, défiance ombrageuse, troubles fugaces des idées).

Ses causes sont : la suppression d'une fièvre intermittente, les frayeurs, l'usage des opiacés et des narcotiques, la vie sédentaire, les excès de travail ou de plaisir, la suppression d'un exutoire, les accidents de couches, la tristesse.

Le traitement consiste dans une bonne hygiène et des mesures appropriées aux causes.

*Donc pour Pinel, l'hypochondrie semble être ce qu'on appelle actuellement hypochondrie « cum materia ».* « Le siège primitif de cette maladie est dans les viscères de l'abdomen d'où elle paraît se communiquer par une sorte d'irradiation au système nerveux, surtout au cerveau, quelque obscurité d'ailleurs qui couvre la nature de cette affection physique » (1). Et il dit que parfois on trouve des lésions de viscères; squirrhe du colon, gonflement de la rate, ulcères du pancréas, varices mésaraiques (2). *L'hypochondrie « siné materia », est rangée par lui dans la mélancolie comme on l'a vu plus haut.*

VI. SOMNAMBULISME. — C'est un état « d'excitation durant le sommeil qui fait exécuter les fonctions qu'on a coutume de remplir durant la veille » (3).

Pinel est très concis en cette matière et ne parle que d'après autrui, faisant toutes réserves sur le somnambulisme provoqué ou magnétisme.

Le somnambulisme survient dans l'adolescence, chez des individus à tempérament sanguin ou nerveux, ayant une imagination vive ou une sensibilité morale extrême. Quelquefois il résulte simplement d'une disposition inconnue.

(1) *Traité*, p. 113.

(2) *Nosographie*, v. III, p. 87.

(3) *Nosographie*, v. III, p. 141.

L'aspersion d'eau froide en provoquant le réveil peut faire avorter la crise. Mais il faut se méfier de réveiller brusquement le somnambule que l'on exposerait ainsi à de graves accidents ou même à la mort s'il se trouve à ce moment dans une situation dangereuse (promenade sur un toit).

*Donc pour Pinel, le somnambulisme est comme nous l'avons vu qu'il l'était resté pour Charcot, une maladie (1).*

VII. CAUCHEMAR. — C'est un délire qui se dissipe au réveil et s'accompagne d'un sentiment de pesanteur à la région épigastrique pendant le sommeil, avec difficulté de respirer.

Il a pour cause un état pléthorique, l'helminthiase, une surcharge stomacale. Il existe dans l'hydrocéphalie ou en dehors d'elle. Il est parfois causé par l'hystérie ou l'hypochondrie. Le traitement préventif consiste en un souper frugal. L'administration de vermifuge, de vomitif, le traitement de l'hypochondrie et de l'hystérie, si elles en sont la cause, constituent toute la thérapeutique.

*Donc pour Pinel le cauchemar est, sans qu'il le dise expressément, toujours symptomatique d'un état gastrique.*

VIII. HYDROPHOBIE. — « C'est un état mélancolique profond entrecoupé d'accès maniaques, caractérisé par l'hypersécrétion des organes et l'horreur des liquides. Elle avait été placée parmi les maladies spasmodiques (c'est-à-dire les névroses de la digestion), dans la première édition par la considération de certaines analogies avec elles. Mais un examen plus approfondi me la fait rapporter aux vésanies, à cause des nombreuses affinités qu'elle manifeste dans ses accès avec la fureur maniaque sans délire, et dans ses intervalles de crises avec une mélancolie profonde; un carac-

---

(1) COURBON. — Charcot et la psychiatrie. *Ann. Médico-psychologiques*, mai 1925. — La psychophysiologie de Charcot. *Ann. Méd.-Psych.*, juin 1925.

tère particulier qui l'en distingue est une extrême sensibilité des organes des sens et une horreur pour les liquides » (1).

Une hydrophobie a pour cause la contagion directe ou indirecte avec un animal enragé et n'éclate qu'après incubation. Une autre est spontanée éclatant après une frayeur vive, des emportements, des excès de régime, du surmenage, en plein sommeil, mais apparaît instantanément.

Le traitement consiste à débrider et à cautériser la plaie, à administrer des bains, des boissons délayantes, des frictions mercurielles et à supprimer les impressions excitantes pour les sens.

*Donc pour Pinel, l'hydrophobie comprend la rage actuelle et l'ivresse émotionnelle ou crise hystérique.*

Cette contradiction entre le *Traité* et la *Nosographie* au sujet du nombre des vésanies est plus apparente que réelle et s'explique par la différence de l'objet des deux ouvrages. Le *Traité* est une œuvre à la fois de science et de polémique. Il s'agit de prouver que la folie est une maladie autonome et qui peut guérir. La folie étant autonome il ne faut lui attribuer que des troubles mentaux qui soient ou assez intenses pour paraître vraiment morbides (par conséquent élimination du somnambulisme et du cauchemar) ou incontestablement dépourvus de tout rapport apparent avec le trouble d'un organe quelconque (par conséquent élimination de l'hypochondrie et de l'hydrophobie). La folie étant parfois curable, il faut ne pas lui intégrer les cas où l'on constate des lésions de structure d'organe (par conséquent élimination encore de l'hypochondrie et de l'hydrophobie). La *Nosographie* est une œuvre de science plus sereine, il s'agit simplement de classer à côté des autres maladies, ces maladies nouvelles dont le *Traité* a établi déjà la légitimité et l'autonomie. On peut donc sans inconvénient ranger à côté des troubles mentaux primitifs, les troubles

---

(1) *Nosographie*, v. III, p. 142.

mentaux secondaires en apparence ; puisqu'ils se ressemblent extérieurement.

Remarquons en effet que la nature purement nerveuse et nullement organique des troubles mentaux est une idée qui hanta la pensée de Pinel et qui, quoique souvent ébranlée semble l'avoir dominée. Qu'on se reporte aux citations que nous avons données en définissant l'aliénation mentale et ajoutons-leur la déclaration de la *Nosographie* (1) — que dans le mélange des troubles somatiques et psychiques de l'hypochondrie, ce sont ceux-là qui sont secondaires à ceux-ci.

## II. — Anticipations psychiatriques

Après ce que Pinel a vu et défini, il convient de signaler ce qu'il n'a fait qu'entrevoir et esquisser. Ses échappées plus ou moins fugitives sur les découvertes de ses successeurs, ne sont pas moins à son honneur que ses propres synthèses. Ce que ces dernières ont eu de caduc est amplement compensé par la pénétration géniale de quelques-unes de ces premières.

I. Au point de vue de la NOSOGRAPHIE. — 1° Il a entrevu, ainsi que le fait remarquer M. Semelaigne la *paralysie générale*, lorsque, revenant sur une description de son élève Esquirol il écrit : « L'état d'adynamie peut se montrer encore sous une autre forme  
« non moins intense, et qui se termine souvent d'une  
« manière funeste ; c'est celui qui peut avoir lieu  
« dans certains cas d'une fièvre lente nerveuse, encore  
« très imparfaitement connue, et qu'on observe surtout dans les établissements publics consacrés au  
« traitement des aliénés, par la complication de la  
« manie ou la démence avec la paralysie. On voit succéder d'abord quelques préludes de paralysie à une  
« agitation maniaque plus ou moins violente, ou bien  
« à un délire taciturne prolongé ; le malade évite de  
« faire du mouvement, et les membres inférieurs perdent peu à peu leur agilité ; il finit par être obligé

---

(1) *Nosographie*, v. III, p. 204 et 208.

« de garder le lit, et ses bras perdent entièrement  
 « leur mobilité ; on voit se déclarer alors une fièvre  
 « continue, marquée par des paroxysmes ou redouble-  
 « ments qui ont lieu le matin et le soir, avec la rou-  
 « geur de la face, une sueur visqueuse et des rêves  
 « plus ou moins effrayants ; la paralysie continue de  
 « faire des progrès, les muscles destinés à la mastica-  
 « tion peuvent à peine se contracter ; la déglutition  
 « et l'articulation des sons deviennent de plus en plus  
 « difficiles, et quelques taches gangréneuses qui se for-  
 « ment dans différentes parties du corps, sont les  
 « avant-coureurs d'une mort prochaine. » (1).

2°. N'est-ce pas encore la *psychasthénie* qu'il a esquissée dans cette page : « On ne peut concevoir la  
 « nature d'une certaine aliénation, qui est comme un  
 « mélange de raison et d'extravagance, de discerne-  
 « ment et d'un vrai délire, objets qui semblent  
 « s'exclure réciproquement. Un aliéné connaît pleine-  
 « ment son état et il en juge lui-même aussi saine-  
 « ment que s'il lui était étranger : il voudrait faire des  
 « efforts pour s'en délivrer ; mais d'un autre côté, il  
 « est convaincu qu'il est incurable. Lui fait-on remar-  
 « quer l'incohérence qu'il met dans ses idées et ses  
 « propos, il en convient de bonne foi ; mais il répli-  
 « que que ce penchant le domine avec tant d'empire  
 « qu'il ne peut s'y soustraire ; il ajoute qu'il ne garan-  
 « tit point la vérité des jugements qu'il forme, mais  
 « il n'est pas en son pouvoir de les rectifier. Son  
 « entendement est encore bien plus altéré sous un  
 « autre rapport : il se croit au-dessus des règles com-  
 « munes et il pense que s'il se déterminait à se rap-  
 « procher des autres hommes par sa conduite, il fau-  
 « drait d'abord commencer par faire des choses  
 « extraordinaires et qu'il en résulterait pour lui-même  
 « de grands maux ou même des atrocités. Il croit, par  
 « exemple, que s'il venait à se moucher, son nez res-  
 « terait dans son mouchoir, que s'il tentait de se  
 « raser, il ne pourrait se dispenser de se couper la

(1) *Dictionnaire des sciences médicales* en 60 v. Paris, 1812, v. I, p. 102.



« gorge, qu'enfin au premier effort pour marcher, ses  
« jambes seraient fracturées comme si elles étaient  
« de verre. Il se réduit quelquefois plusieurs jours à  
« une abstinence rigoureuse sous prétexte que les  
« aliments qu'il prendrait, ne manqueraient point de  
« l'étrangler » (1).

N'est-ce pas aussi un psychasthénique qui « ferme  
« avec soin sa porte, craint quelques instants après ne  
« l'avoir pas assez fermée et revient sans cesse pour  
« reconnaître son erreur. Une autre idée vient à  
« l'occuper encore ; il se relève du lit pour examiner  
« ses papiers ; il les écarte tour à tour, il les ras-  
« semble, croit avoir oublié quelque objet, craint  
« jusqu'à la poussière de ses meubles, et prouve la  
« plus grande instabilité dans ses idées et ses volon-  
« tés, veut et ne veut pas, toujours tourmenté par des  
« soupçons et des ombrages ; il se plaint d'ailleurs  
« souvent de spasmes et de ce qu'il appelle les élan-  
« cements nerveux dans l'abdomen, craint de respi-  
« rer l'air du dehors, et se tient toujours renfermé,  
« connaît le travers qu'il a de se tenir malpropre, en  
« convient de bonne foi, mais avoue qu'il ne peut  
« changer sa manière d'être » (2).

Manie de la perfection, phobies, impulsions  
conscientes, dans le premier de ces exemples, dou-  
tes, scrupules, dans le second, sont bien des stigmates  
psychasthéniques.

3° La grande entité clinique construite par les  
Allemands : la *psychose maniaque dépressive* a été  
aperçue par lui sous plus d'un de ses aspects. Il a  
d'abord constaté la transformation de la dépression  
en agitation à propos de ses cas d'idiotisme guéris par  
un accès de manie (3) ; celle de l'agitation en dépres-  
sion à propos de certains accès de manie où les affec-  
tions morales comme les fonctions de l'entendement  
semblent entièrement suspendues (4). Il a fugitive-

---

(1) *Traité*, p. 94.

(2) *Traité*, p. 294.

(3) *Traité*, p. 186.

(4) *Traité*, p. 103.

ment signalé en divers endroits le mélange contemporain de signes maniaques et mélancoliques, prévoyant l'état mixte de Kræpelin. Les maniaques de Pinel qui « dans leur état d'agitation répètent sans cesse le même mot et semblent se renfermer des mois entiers et même des années dans cette sphère circonscrite » ne sont-ils pas ceux que Kræpelin appellera « maniaques de la motricité et déprimés de l'idéation et de l'affectivité » ? (1). On pourrait sans trop d'arbitraire, identifier d'autres états mixtes parmi les descriptions de maniaques (2).

4° La grande entité clinique française de la *confusion mentale*, celle à laquelle les Allemands donneront le nom de psychose d'épuisement, a été également pressentie par Pinel lorsqu'il recommande de ne pas confondre la manie avec les délires de la fièvre ataxique ou maligne et lorsqu'il déclare que l'inanition et l'épuisement peuvent donner un délire famélique (3).

II. Au point de vue de la PSYCHOLOGIE NORMALE. —

5° Il a ébauché l'étude de la *cénesthésie*, quand il dit que « les impressions diverses que peuvent recevoir les nerfs des parties internes comme du cœur, des poumons, des intestins, des reins, de la matrice, etc., nous donnent le sentiment qui nous transmet l'idée d'une digestion facile, de la respiration d'un air salubre, du bien-être, de la vigueur, comme celle d'un état opposé, du malaise, de la débilité, de la douleur modifiée d'une manière infinie dans les diverses maladies » (4).

6° Il a identifié la forme d'*imagination* appelée aujourd'hui *représentative* (5) ou *objectivante* (6). « Les objets absents sont aussi représentés quelquefois avec des couleurs si vives, qu'il en résulte une convic-

(1) *Traité*, p. 75.

(2) *Traité*, p. 103 et suivantes.

(3) *Traité*, p. 60 et 337.

(4) *Traité*, p. 59.

(5) SOLLIER et COURBON. — *Pratique séméiologique des maladies mentales*, p. 191.

(6) MIGNARD, *Journal de Psychologie*,

tion intime de leur présence actuelle; ce qui donne lieu souvent aux jugements les plus erronés et les plus bizarres » (1).

III. Au point de vue de la PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Il a noté les états auxquels on donna plus tard le nom de régression de la personnalité. 7° N'est-ce pas le *puérilisme mental* qu'il signalait chez les deux frères « qui avaient acquis après la puberté, la stature d'un homme de 20 ans, mais dont l'entendement faible et détérioré semblait les rapprocher de l'instinct d'un enfant de 3 ou 4 ans: mêmes gestes, mêmes propos, mêmes goûts pour les jeux de l'enfance » (2).

8° N'est-ce pas le *zoanthropoïdisme mental* (3) qu'il décrit longuement chez cette idiote qui, par la forme de son crâne, son tégument velu, ses goûts, sa manière de vivre semblait se rapprocher de l'instinct d'une brebis, qui exprimait sa gratitude en appuyant sa tête contre le ventre de sa gardienne, qui frappait au moment de colère ses adversaires avec le sommet de la tête inclinée et qui rebelle à l'usage de la chaise et du lit dormait roulée sur le sol (4). Il paraît même avoir souligné le diagnostic entre ces manières d'être conformes à celles d'un animal ou zoanthropoïdisme et la conviction délirante d'être transformé en animal qu'il appelle lycanthropie et qu'il considère comme une forme d'hypochondrie maniaque (5).

9° Il a constaté l'*échopraxie* avant la lettre chez une jeune idiote qui avait le penchant le plus irrésistible pour imiter tout ce qu'elle doit faire en sa présence. Et il met en garde, citant le Sauvage de l'Aveyron, sur le danger d'attribuer à un jugement inexistant ce qui n'est que l'effet de l'imitation (6).

---

(1) *Traité*, p. 107.

(2) *Traité*, p. 17.

(3) COURBON. — *Congrès des Aliénistes et neurologistes*, Tunis, 1912.

(4) *Traité*, p. 183.

(5) *Traité*, p. 114.

(6) *Traité*, p. 98.

IV. Au point de vue de l'ÉTIOLOGIE. — 10° Il a signalé l'importance et le rôle de la *constitution* en psychiatrie, quand il dit qu'elle commande chez les maniaques la marche et l'intensité des troubles mentaux plus que la cause occasionnelle qui les déclenche. Il a même outré les signes extérieurs des constitutions en affirmant que « les divers degrés de la sensibilité physique et morale auxquels elles correspondent sont indiqués assez généralement par la couleur des cheveux, que les blonds sont plus sujets à tomber dans la rêvasserie et un état voisin de la démence, les bruns plus sujets à tomber dans la fureur » (1). Le caractère mélancolique peut se soutenir à un degré plus ou moins marqué sans devenir une maladie déclarée; mais alors il ne peut qu'inspirer des alarmes (2). La mélancolie peut n'être que l'expression d'une disposition naturelle qui se fortifie avec l'âge et que diverses circonstances de la vie humaine servent à exaspérer (3).

11° Enfin, il a vu les rapports des troubles mentaux et des affections viscérales qu'on appellera plus tard *folie sympathique*; on ne doit pas moins reconnaître, en écartant tout raisonnement arbitraire, les rapports constants qui paraissent exister entre certaines affections qu'on croit éloignées et qui sont dans une sorte d'enchaînement réciproque; telles sont celles de l'estomac et de l'abdomen qui correspondent aux écarts de l'entendement et aux emportements fougueux de la volonté. Le cerveau paraît sans doute le siège des fausses sensations et des illusions du jugement; mais l'estomac, les intestins exercent quelquefois une influence très active sur ces dérangements et des changements gradués produits sur les fonctions de ces derniers ont visiblement des effets très manifestes sur les autres (4).

---

(1) *Traité*, p. 140.

(2) *Traité*, p. 171.

(3) *Traité*, p. 39 et 115.

(4) *Traité*, p. 358.

## CONCLUSIONS

L'aliénation d'après Pinel est constituée par les vésanies ou névroses intellectuelles, c'est-à-dire par les états dans lesquels les troubles de la façon de penser, de sentir et d'agir sont assez intenses pour paraître de nature pathologique. Comme l'indique le mot névrose qu'il leur applique, ces états ne sont conditionnés par aucune lésion organique. Ils sont purement nerveux, c'est-à-dire fonctionnels d'après la terminologie d'aujourd'hui.

Dans son *Traité*, premier ouvrage sur la question, ne sont admis comme vésanies que les états où les troubles mentaux sont à la fois considérables et primitifs. Il n'y en a que 4 : manies, mélancolie, démence, idiotisme. Il s'agissait en effet de prouver la légitimité et l'autonomie d'une catégorie nouvelle de maladies : les maladies mentales.

Dans la *Nosologie*, à ces quatre vésanies primitives s'ajoutent 2 vésanies à apparence secondaire, c'est-à-dire deux états où les troubles mentaux paraissent consécutifs aux troubles d'un organe périphérique : l'hypochondrie et l'hydrophobie et 2 vésanies légères, c'est-à-dire deux états où les troubles mentaux sont fugaces et sans gravité : le somnambulisme et le cauchemar. Il ne s'agissait dans ce deuxième ouvrage que de classer à côté des autres maladies, les maladies mentales dont la légitimité et l'autonomie étaient déjà acquises. Or, la ressemblance symptomatique des états légers ou secondaires, avec les états graves et primitifs, justifiait d'autant mieux leur réunion dans la même classe que Pinel ne recherche les caractères distinctifs de ces entités nosologiques que dans les signes extérieurs, les signes qui tombent sous les sens, a-t-il expressément déclaré.

Ces 4 grandes vésanies du *Traité* sont, remarquons-le, les 4 aspects les plus généraux, les plus schématiques que puisse revêtir la folie. La manie ou délire général, c'est la folie évidente par l'exubérance extravagante des actes. L'idiotisme ou oblitération des facultés, c'est

la folie évidente par l'absence de tout acte. La démence ou abolition de la pensée, c'est la folie évidente par l'incohérence des idées. La mélancolie ou délire exclusif c'est au contraire la folie cachée sous le masque de la correction des idées et des actes.

Cette classification des aliénés par le dehors, réunit forcément derrière une même façade des réalités différentes. Sa manie confond toutes les impulsions et perversions (manie non délirante), toutes les agitations essentielles, confusionnelles, oniriques ou délirantes (manie délirante). Sa mélancolie confond tous les délires. Sa démence confond toutes les incohérences depuis l'anidéation du dément jusqu'à la distraction du savant. Son idiotisme confond toutes les dépressions depuis la catatonie dementielle jusqu'à la simple asthénie.

Mais ce caractère superficiel et incomplet de ses descriptions, Pinel en avait parfaitement conscience. Il le voulait parce qu'il le savait indispensable. « Il faut prendre pour guide en médecine la méthode qui réussit constamment dans toutes les parties de l'histoire naturelle, c'est-à-dire commencer par voir successivement chaque objet avec attention et sans autre dessein que de rassembler des matériaux pour l'avenir » (1). Il répétait que sa classification n'était que transitoire (2).

Cartésien, il savait qu'on ne peut monter jusqu'à la connaissance des objets plus composés qu'en commençant par connaître les plus simples. En établissant des précisions sur l'extérieur des aliénés, il fournissait les moyens de pénétrer plus profondément dans leur intérieur. D'ailleurs il y pénétra lui-même souvent, ainsi que le prouvent ses esquisses sur la cénesthésie, sur l'imagination représentative, sur les régressions de la personnalité, sur le rôle de l'imitation et du jugement dans la conduite, enfin et surtout sur l'état différent du jugement dans la manie et la démence. Aussi n'était-il pas la dupe de son malencontreux exemple du distrait donné comme type de dément.

---

(1) *Traité*, p. 3.

(2) Lettre de 1812. Cité par Semelaigne dans *Aliénistes et Philanthropes*, p. 117, et *Nosographie*, 1 v. Introduction p. XCVII.

Esprit essentiellement français, à la clarté il joignait la mesure. Aussi imposait-il des limites aux prétentions de la science qu'il venait de construire, lui refusant le droit d'intégrer à la pathologie toutes les anomalies de pensées, de sentiment et de conduite des êtres humains. Sa défense à l'aliéniste de s'ériger en censeur suprême de la vie privée et publique des hommes est loin de l'idéal de certains disciples qui ingénuement confiants en l'infailibilité de leur savoir conçoivent l'avenir comme le triomphe d'une pontifiante médicocratie. Cette modération dans l'appréciation de l'importance de son œuvre est d'autant plus admirable qu'on la rencontre rarement, même chez ses plus éminents successeurs. Plus d'un parmi les découvreurs de réalité clinique n'a-t-il pas été ébloui par sa propre découverte, au point de ne plus voir qu'elle ? Dégénérescence mentale, démence précoce, psychose maniaque-dépressive, confusion mentale, psychasthénie, schizophrénie, n'ont-elles pas revendiqué tour à tour la majeure partie des troubles mentaux ?

Esprit méthodique, c'est à l'observation seule qu'il demanda de l'instruire, mais à une observation impartiale, objective, contrôlable par autrui selon sa propre expression. Sur le terrain obscur où il avançait, il avait plus confiance dans les constatations de l'ignorant doué de jugement, c'est-à-dire dans les remarques de son infirmier Pussin que dans les raisonnements des savants gonflés de théories, c'est-à-dire dans les spéculations de ses confrères. Car il considérait comme un écueil redoutable « la séduction de l'esprit de système qui a amené des milliers de volumes et de disputes interminables » (1). Que dirait-il aujourd'hui de la psychanalyse dont les divagations font éclater les bibliothèques ?

Ce que nous devons retenir, c'est que la méthode avec laquelle il édifia son œuvre, est la même qui sert ensuite à la rectifier et qui est encore, à l'heure actuelle, la meilleure dont dispose la pathologie mentale. En effet les découvertes anatomo-pathologiques si fécondes

---

(1) *Nosographie*, 1, v. Préface et *Traité*, préface, p. VII.

pour les autres branches médicales notamment pour la neurologie, les découvertes bactériologiques et chimiques qui par la transformation de l'étiologie furent si précieuses pour la thérapeutique, sont loin d'avoir eu des conséquences psychiatriques aussi importantes. Puisse la biologie actuellement au travail être plus efficace ! En attendant, en cette matière ondoyante et décevante, mais si merveilleusement captivante qu'est l'étude des maladies de la pensée humaine, l'observation restera la méthode souveraine. Celui à qui nous la devons, mérite bien d'être appelé le père de la psychiatrie.

## Pinel, homme de lettres

Par M. Georges DEULIN

Bibliothécaire à la Bibliothèque Nationale

MESDAMES, MESSIEURS,

Si le Comité d'organisation du Centenaire, sur la recommandation flatteuse de MM. les Docteurs René Semelaigne et Henri Colin, a bien voulu m'autoriser à prendre devant vous la parole, c'est que, descendant par ma mère de la famille Pinel, j'ai vivement désiré pouvoir rendre hommage, dans la mesure de ma compétence, à celui dont vous commémorez les mérites scientifiques et le rôle humanitaire. Je me bornerai, pour ma part, à envisager ici un aspect peut-être moins connu de sa physionomie intellectuelle, mais qui en démontre bien la riche complexité : Pinel, homme de lettres.

Dans l'un de ses *Nouveaux Lundis*, à propos de la folie de Don Quichotte, Sainte-Beuve établit d'un trait bref le départ entre la démarche psychologique du romancier Cervantès et le procédé médical d'un Pinel, à qui, au passage, il décerne ainsi une marque de haute estime. Certes, chaque nature d'esprit à sa place, là, l'auteur d'imagination, ici, le savant, et la littérature proprement dite ne saurait revendiquer comme sien l'écrivain de la *Nosographie*; toutefois, Pinel, grand



érudit, fin lettré, fit quelque peu, dans la première partie de sa carrière, œuvre de littérateur.

De très bonne heure, la variété de ses aptitudes l'avait fait remarquer; dès le collège, à Lavaur, chez les Doctrinaires, il réussissait aussi bien dans le domaine des Lettres que dans celui des Sciences. L'universalité de ses connaissances ne proviendra donc pas tant de ce qu'il appartient au siècle des Encyclopédistes que de ses intimes ressources.

Par sa naissance et par l'origine de tous les siens il était, vous le savez, fils du Haut-Languedoc, de ces campagnes albigeoises et toulousaines, si fertiles, si lumineuses qui furent jadis exactement le Pays de Cocagne; ce terroir-là possède en propre quelque chose de l'ancienne Attique et de la Toscane, un horizon de beauté, l'horizon même que le peintre Henri Martin a depuis évoqué maintes fois avec bonheur et qui prédispose l'âme de l'enfant au sens de l'art et de la poésie. En fait Pinel a parlé en artiste des « belles formes » et il a toujours manifesté une inclination très vive pour les poètes, pour Virgile, en particulier; et ne sera-ce pas un peu de sensibilité virgilienne que cette compassion à l'égard d'une humanité lamentablement souffrante? A Toulouse où il se rend, après avoir renoncé à la prêtrise, pour se préparer à cette carrière médicale exercée par son père et par son aïeul paternel, — tout en suivant les cours de la Faculté, — tout en donnant des leçons de mathématiques, — tout en soutenant une thèse de philosophie sur « la rectitude que l'étude des mathématiques imprime au jugement dans son application aux Sciences », il se complait aux Jeux d'Isaure. A Montpellier, quelques années plus tard, s'il développe auprès de Barthez sa formation technique, il ne cesse de cultiver les belles-lettres, mais sans jamais tomber dans l'éparpillement: Dupuytren, au cours de la notice nécrologique qu'il lui consacrera, louera en même temps que « son ardeur de tout étudier, de tout apprendre », « son esprit de méthode et de classification » et ajoutera « qu'il possédait à un haut degré le pouvoir de concentrer toutes ses facultés sur un seul objet ». Pendant ce séjour à Montpellier Pinel communique à

l'un de ses condisciples, incertain sur sa vocation, l'exemple de la cohésion, de la maîtrise de soi et d'une telle influence Chaptal lui gardera une profonde gratitude.

A Montpellier également Pinel se lie avec l'un de ces étudiants étrangers attirés par la vieille réputation de la Faculté languedocienne, un Anglais, dont il apprend la langue si parfaitement que, peu après son installation à Paris, il est capable de traduire les *Institutions* de Cullen et de collaborer dans une large mesure à la traduction des *Transactions philosophiques* de Londres. En outre, de longue date excellent latiniste, il réédite en 1788, avec une introduction et des notes, les œuvres de Baglivi. A ce sujet, Dupuytren déclare : « Un discours qu'il mit à la tête de l'ouvrage de Baglivi montra surtout ce qu'il pourrait s'il appliquait un jour ses facultés à des ouvrages originaux. Un esprit de [sa] trempe... ne pouvait pas longtemps se traîner sur les traces d'autrui. »

Il songeait, en effet, à entreprendre un ouvrage personnel : ses préférences en médecine le portaient vers l'hygiène. « Je ne connais point, dit-il alors, de sujet plus fécond en applications utiles et plus digne d'être traité que la gymnastique médicale ». Dans une lettre à son ami le botaniste Desfontaines il annonce : « Je travaille vivement à mon *Hygiène*, et, pour essayer le goût du public, j'en insère de temps en temps quelques articles dans la *Gazette de Santé*. » Cette « *Gazette* », Pinel la dirigea de 1784 à 1789, il pratiqua donc activement le journalisme. En de substantiels développements ou d'ingénieux aperçus il commente des actualités, fait la critique des livres nouvellement parus, reproche à l'ouvrage de Tissot sur la *Santé des Gens de Lettres* de ne contenir que des principes trop généraux, des observations trop vagues, il discute une définition de Rousseau, se réfère volontiers aux Anciens, à la médecine grecque, examine les questions de régime alimentaire, d'exercice physique, — bains et natation, par exemple, — du surchauffage des maisons, du traitement par le grand air et par le soleil, de l'habillement, de la « vie inactive des Moscovites aisés », etc. Il

résume avec lucidité l'interdépendance de l'esprit et du corps :

— « Le bien-être qu'on éprouve au physique se répand jusque sur le moral et donne lieu aux facultés de l'entendement de développer leur brillante énergie. »

— « Le désordre physique que l'on éprouve fait passer jusque dans le moral une morosité sombre qui distille partout l'ennui et le dégoût de la vie. »

Les affections nerveuses et mentales commencent à le préoccuper, il s'inquiète de la mélancolie préromantique et à maintes reprises pose et résout ce problème que l'on appelle aujourd'hui « la question des intellectuels et du sport ». Aussi avais-je cru bon, lors des enquêtes suscitées par les derniers Jeux Olympiques, d'analyser, sous mon pseudonyme Verdal, dans la revue *L'Education physique*, les idées de Pinel sur ce sujet.

Ses articles de presse ne tardèrent pas, comme il le constate lui-même, à « fixer l'attention des personnes de tous les rangs, étrangères, d'ailleurs, à la profession de la médecine ». « L'on goûte beaucoup cette manière... qui paraît neuve ». Il note encore « l'empressement avec lequel plusieurs autres journaux de littérature ou de sciences ont adopté ces différents articles,... sûr garant du goût du public et du degré d'importance qu'il y attache ». En dépit de cet accueil favorable, Pinel ne publia pas le *Traité d'Hygiène* qu'il avait conçu, car il s'adonna à l'étude de l'aliénation qui devait le conduire à « indiquer les moyens les plus efficaces de traiter les malades dont l'esprit est aliéné avant l'âge de vieillesse », sujet du Concours de 1792, où il se distingua de telle sorte qu'il fut bientôt désigné pour réformer Bicêtre.

En attendant de produire la *Nosographie*, le *Traité d'aliénation mentale*, et la *Médecine clinique*, Pinel donna d'intéressants mémoires au *Journal de physique*, au *Journal de Paris*, à la *Médecine éclairée par les sciences physiques*, de Fourcroy, etc.

La vie qu'il menait pendant les années antérieures à la Révolution, fut très studieuse, mais non pas entièrement retirée : bien que doué d'un naturel réservé,

méditatif, d'un enthousiasme tout intérieur qui caractérise plus de Méridionaux que l'on est porté communément à le croire, il se rendait de temps en temps au spectacle, dînait en ville « dans des maisons distinguées », se créait de précieuses relations : d'Alembert pouvait faire grand cas de son entendement aux mathématiques, Cabanis le présentait à Mme Helvétius et dans le fameux Salon d'Auteuil, parmi les philosophes, Pinel rencontrait Franklin, se liait avec Condorcet, que plus tard il s'efforcera de sauver.

De cette époque datent les lettres qu'il adresse à son jeune frère, élève au collège de l'Esquille, à Toulouse; ces lettres, pleines de la sollicitude pour ses proches, de l'esprit de famille dont il fut toujours animé, contiennent des conseils d'ordre intellectuel qui dénotent un sens littéraire du meilleur aloi. Voici des conseils relatifs à l'art du traducteur et à la valeur poétique : « Je t'avais engagé autrefois à traduire un morceau de l'*Enéide* et tu en as assez bien rendu le sens ; mais... il faut te mettre à la place de l'auteur et prendre sa situation quand il le composa. *Ut pictura poesis*, dit Horace, et cela est exactement vrai... Il faut que notre imagination soit fixée par une vue claire et distincte de l'objet [qu'elle] veut peindre, sans quoi on ne peint rien et l'on n'a qu'une imagination glacée ou une espèce de fougue vaine et stérile... Ce que tu substitues est d'un rhéteur... Réviens cent fois sur le même objet et, si tu le fais bien, tu apercevras à chaque fois de nouvelles beautés qui te raviront... Il faut commencer par étudier froidement la marche et l'ordre des idées... Il faut bien sentir toute l'harmonie de cette poésie et comme l'oreille en est flattée... Peut-on trouver des expressions plus simples et qui aillent mieux au cœur ? Le poète n'a pas la maladresse d'aller décrire en vers emphatiques..., un poète médiocre n'y aurait pas manqué... Bientôt succède une expression tendre qui va au cœur.. Juge maintenant de ta manière de composer des vers. Cependant il faut s'essayer pour apprendre à bien écrire en prose... »

Et voici des conseils sur l'art oratoire :

« Ton goût pour les belles-lettres est parfaitement

d'accord avec la prédication; ce n'est même qu'en joignant la composition à des lectures réfléchies qu'on se forme. La crainte que tu as sur le défaut de mémoire n'a aucun fondement, c'est une faculté qui se fortifie à mesure qu'on l'exerce; si tu prends chaque jour l'habitude d'apprendre quelque chose par mémoire, surtout si tu cherches bien à en pénétrer le sens avant de retenir les paroles, tu seras étonné de la faculté que tu acquerras. Il faut étudier avec beaucoup de réflexion, voir intuitivement les idées majeures du discours que l'on apprend, leurs points de division et, après avoir bien vu ainsi le squelette... on passe aux objets de détails, à la manière dont l'auteur développe ses idées, aux finesses qu'il emploie, aux beautés du style... Fais choix d'un auteur seul, médite-le avec soin. Je te conseille, par exemple, de choisir pour modèle le *Petit Carême*, de Massillon... qui renferme douze discours qui sont autant de chefs-d'œuvre pour l'éloquence, la justesse des divisions, les beautés de style... Il faut... s'attacher à perfectionner toutes les qualités extérieures par l'exercice, à avoir une voix claire, un geste facile, mais sans apparence d'histrion, des inflexions de voix variées et adroitement nuancées... »

Cet esprit de si bon conseil, quand il agit pour son compte, de quelle façon s'exprime-t-il ? Du style comme de la manière oratoire de Philippe Pinel nous ne saurions trouver de meilleure définition que celle de Bricheteau en son « Discours » :

« L'originalité était un des traits saillants du talent de Pinel... Sa manière d'écrire était concise, énergique; parfois, pour éviter d'être long, il... supprimait des verbes et des prépositions... »

Son style était « nerveux et concis... ; sa diction saccadée allait par jets et par bonds comme sa pensée ; et, de même que dans ses écrits, il semblait, pour ainsi dire, jeter en moule des esquisses rapides, de même aussi ses phrases dans le discours oral jaillissaient d'une manière brusque et vive; jamais personne ne parut plus ennemi des lieux communs et plus économe de mots... Les leçons orales... contenaient... des traits vifs et caractéristiques... ; le professeur produisait

souvent avec vivacité les idées qui l'avaient frappé... ; il caractérisait quelquefois d'une manière originale et épigrammatique les systèmes et les auteurs... ce qui donnait à son débit l'attrait qui s'attache aux choses piquantes. »

En somme, Pinel, tout sensible qu'il fût, en Méridional, à l'éloquence et au lyrisme, n'a pas modelé sa phrase sur la redondance cicéronienne, mais sur le rythme saccadé d'une autre prose, latine aussi, d'ailleurs, celle de Tacite. Pour le fond comme pour la forme il aimait ce peintre-historien, cet artiste singulier dont la pénétration psychologique se traduit par des touches saisissantes, par de puissants raccourcis. C'est selon Tacite que Pinel esquissa le portrait du « curieux homme » Louis XI.

Là se rejoignent le psychologue et le psychiâtre, là se trouvent en contact les Lettres et la Science, et par là même se confirme qu'il existait essentiellement en Philippe Pinel un heureux accord de la sensibilité et de la réflexion, une harmonieuse alliance de l'esprit géométrique et de l'esprit de finesse.

## Pinel médecin-légiste

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine légale psychiatrique existait à peine. Les internements, les placements dans les châteaux du Roi par lettres de cachet étaient décidés par les magistrats et les secrétaires du prince. Le point de vue social longtemps prépondérant, perdit ensuite son importance dans les années qui précédèrent 1789, lorsque l'homme commença à prendre conscience de ses droits.

Pinel était imbu des idées de son temps. Elles lui avaient inspiré la plus généreuse des réformes, mais l'observation consciencieuse des faits devait le garder d'erreurs communes à son époque. Elle s'opposait aux intuitions peu réfléchies et aux impulsions, dont ses

contemporains, au moment de la Révolution, avaient donné trop d'exemples.

Pour esquisser la figure de Pinel médecin-légiste, nous avons puisé à trois sources, le *Traité sur l'aliénation mentale*, de 1809, les *Résultats d'observations pour servir de base aux rapports juridiques dans les cas d'aliénation mentale* publiés en 1817 dans les *Mémoires de la Société médicale d'émulation séante à l'Ecole de Médecine de Paris*, imprimés chez Migneret, 20, rue du Dragon et diverses expertises de Pinel seul ou en collaboration avec Royer-Collard.

Pinel avait parfaitement saisi l'importance médico-légale de la psychiatrie.

« La partie de la jurisprudence médicale relative  
« aux aliénés, ouvre un champ si vaste aux recherches,  
« que je suis loin de vouloir en offrir une esquisse.  
« On ne peut ainsi dissimuler que les bases fondamen-  
« tales en sont encore peu connues, et que les limites réci-  
« proques à poser à cet égard, entre le domaine de la  
« jurisprudence et celui de la médecine, sont encore  
« loin d'être fixées; c'est pour chercher à les con-  
« naître, que j'ai été souvent dans le doute et les perplexi-  
« tés, depuis plus de vingt ans et que je suis succes-  
« sivement à la tête des hospices des aliénés de l'un  
« et de l'autre sexe. Je suis sans doute partisan zélé de  
« la médecine d'observation, et de ses droits à l'estime  
« publique; mais je le suis encore plus des grandes  
« vérités qui intéressent tous les ordres de la  
« Société » (1).

Avec les déséquilibrés et les aliénés, une seule règle s'impose, d'après Pinel, dans la rédaction des rapports juridiques: tirer des conclusions de l'histoire fidèle des symptômes et de leurs causes. C'est là une tâche difficile. Les informations de l'expert varient de qualité, suivant les cas: il ne peut en apprécier la valeur qu'en les rapprochant des signes qu'il constate. Ainsi il établira l'existence de la « disposition originaire », la prédisposition d'aujourd'hui, des causes morales ou

---

(1) *Mémoires de la Société Médicale d'émulation pour l'année 1816*. Paris, 1817, p. 682.

physiques de l'aliénation mentale; ainsi il saura si une « affection très vive et très fortement contrariée » a vraiment bouleversé l'entendement.

La notion de la sensibilité individuelle, conséquence de la « disposition originaire » est capitale. Le médecin en établira les variétés: tendance à l'orgueil, à la colère; à la tristesse ou à la gaieté sans motifs; à l'instabilité; aux scrupules. En lisant les pages consacrées au rôle *étiologique des passions*, il nous semble parcourir une introduction aux études de Morel et de Magnan sur la *dégénérescence* et aux études plus modernes de Dupré sur les *constitutions morbides*.

L'hérédité va déterminer des formes d'aliénation continues ou intermittentes, ces dernières caractérisées par des accès à éclosion brusque. Le trouble de l'esprit sera le fait d'une exaltation imaginative, ou du caractère ombrageux, ou de la faiblesse et de l'incohérence de l'entendement. Nous dirions aujourd'hui que les prédisposés se conduisent en paranoïaques ou en débiles.

L'éducation peut modifier les dispositions héréditaires dans une mesure relative. Pinel connaissait bien les enfants et les jeunes gens. Il avait souvent examiné ces jeunes sujets. Il savait que celui-ci est vraiment un faible d'esprit, et que cet autre le paraît, à cause de sa timidité. Il avait longuement médité sur ce problème de l'éducation, qu'il pensait pouvoir être résolu pour les aliénés, comme il l'est pour les enfants: La *manière de vivre*, le choix des mœurs est aussi important. La fantaisie romantique sévissait déjà en 1809, quand parut le *Traité sur l'aliénation mentale*. Les observations rapportent souvent des histoires de jeunes hommes livrés à leurs instincts, grands voyageurs et coureurs d'aventures; d'autres fois nous retrouvons dans les notes de Pinel, le portrait de femmes sensibles, victimes de passions « débilitantes ou oppressives », dont le système nerveux et le psychisme s'épuisent en soupirs vers des buts romanesques. La société de la fin de l'Empire revit dans le chapitre « irrégularités extrêmes dans la manière de vivre propres à produire l'aliénation ». Plus d'un personnage rappelle les héros de Balzac. L'un souffre des suites des campagnes aux



armées, l'autre s'est enrichi en peu de temps et a passé trop vite du travail à l'oisiveté. Les mystiques abondent et Pinel a relaté sur eux de nombreux détails dans ses notes journalières. Parmi les causes physiques des troubles mentaux, il mentionne surtout les épisodes de la *vie génitale* : règles, retour de couches, retour d'âge.

Ces notions générales étiologiques devaient être rapelées au début d'un travail sur Pinel, médecin-légiste. Elles nous font assister à son labeur méthodique, à ses enquêtes scrupuleuses, à sa préoccupation d'échapper aux idées préconçues pour ne voir que les faits : physiques ou psychiques. Dans l'examen de ces derniers, il écartera volontairement les vues métaphysiques sur l'entendement et la volonté. Il parle en médecin et n'admet l'idéologie que soutenue par l'expérience de la médecine; sans elle, l'étude des fonctions de l'entendement humain demeurera stérile.



Le traité sur l'aliénation est d'abord un ouvrage clinique. Il faut pourtant retenir plusieurs pages intéressantes pour le médecin-légiste. Une des principales difficultés que rencontre celui-ci est la brièveté relative du temps qui lui est laissé pour les examens. « Veut-on interroger les aliénés sur leur état, en général ils éludent les questions qu'on leur fait, se bornent à des réponses concertées, ou font des réponses en sens contraire ; ce n'est qu'en les étudiant pendant plusieurs mois dans leurs propos et leur conduite, en gagnant leur confiance et en les invitant ainsi à des épanchements du cœur, qu'on peut parvenir, au déclin de la maladie, à dévoiler leurs pensées les plus profondes » (1). L'observation prolongée seule apportera la clef des énigmes psychiatriques. Le rapport de Pinel, en collaboration avec Royer-Collard sur le visionnaire *Martin de Gallardon*, est un beau témoignage de sa patience et de son soin à recueillir au jour le jour les propos et les gestes de malades, qui paraissaient alors mystérieux, même à des médecins.

---

(1) PINEL. — *Traité sur l'aliénation mentale*, Paris, 1809, p. 67.

Les diagnostics de Pinel n'avaient pas la variété de ceux d'aujourd'hui. Ils étaient simples: *manie* ou délire général, *mélancolie* ou délire exclusif, *démence* ou abolition de la pensée, *idiotisme* ou oblitération des facultés. Mais la psychiatrie tout entière apparaît à qui veut lire soigneusement chacun de ces quatre chapitres. Pinel connaît les *délires fébriles*, la frénésie de ses prédécesseurs, il a noté quelques-unes des formes des *hallucinations*; il n'ignore pas ces persécutés, ces ombrageux, passionnés ou interprétants, qu'il range dans la mélancolie. Cette classification suffisait à la pratique médico-légale de Pinel; il reconnaissait à l'occasion ses imperfections, mais sachant borner son examen « aux caractères extérieurs et sensibles » (1), il arrivait quand même à cette précision relative, qui permet les conclusions.

La notion de la *curabilité* ou de l'*incurabilité* de l'aliénation a une importance considérable en médecine légale. Seul un médecin instruit, de bon jugement et pourvu de solides qualités morales, peut répondre à la question: « Si l'aliénation est guérissable » ? La réponse décidera les magistrats à prendre des décisions graves comme l'*interdiction*, « la dissolution de l'union conjugale, d'un patrimoine ou d'une fortune considérable », et même la déposition d'un prince. Pinel, abordant l'étude de l'incurabilité, dès les premières lignes, montre au médecin-légiste l'étendue de ses pouvoirs et de sa responsabilité (2). Il passe ensuite, sans autres préambules, aux exemples. Un jardinier atteint d'un délire de jalousie se livre à l'alcoolisme. Il tombe dans un « état maniaque des plus violents », puis paraît guérir à la suite de l'internement à Bicêtre. Mais ses tendances à la boisson et à la jalousie ne lui permettent pas de reprendre la vie commune avec sa femme. Sa « réclusion » doit être prolongée pour ne pas compromettre la sûreté de sa famille. Un affaibli présénile, mégalomane et persécuté, bien qu'au début il ne paraisse délirer que sur un point, celui de

---

(1) SILVY. — *Relation des événements*, Paris, 1817, p. 44.

(2) *Traité sur l'aliénation*, p. 384 et suivantes.

« s'enrichir par le commerce des billards », doit être également interné pendant de longues années à cause de son attitude agressive, de ses réclamations incessantes, des cabales qu'il organise dans l'asile. L'avenir confirme le pronostic de Pinel; les idées de persécution augmentent et se précisent, le malade finit dans la démence.

En 1789, le roi d'Angleterre présente des signes inquiétants de troubles de l'esprit. Deux partis se forment dans le Parlement et dans l'opinion : les uns veulent maintenir le prince et ses ministres au pouvoir, les autres servent les ambitions de ceux qui aspirent à un conseil de régence. L'agitation, qui s'est emparée de l'opinion, divise également les médecins. Les rapports médico-légaux, exigés chaque jour de ceux-ci se contredisent jusqu'à ce que le gouvernement se décide pour la solution la plus favorable préconisée par Willis, et qui faisait prévoir une guérison, sans fixer de date. Belle page de l'histoire philosophique de la médecine, écrit Pinel ! Les experts, appelés à donner leur avis dans des affaires où des intérêts importants sont en jeu, devraient la relire, avant de commencer leurs expertises.

Le chapitre du *Traité*, qui vient d'être résumé, renseigne bien sur la *méthode* de l'auteur, qui n'aimait guère se prononcer s'il n'avait pas observé longuement, et mené l'enquête étiologique, dont les étapes nous sont maintenant connues.



Les « Résultats d'observations pour servir de base aux Rapports juridiques dans les cas d'Aliénation mentale » devaient servir d'*introduction* à un *Traité sur la Médecine légale des aliénés*. Pinel commence par rappeler une fois de plus la nécessité de connaître non seulement l'histoire des symptômes, mais encore les causes multiples de la maladie, depuis la « disposition originaire », jusqu'à la manière de vivre du sujet.

Lorsque les antécédents sont favorables, quand l'hérédité est saine, la solidité de la guérison ne pourra faire

de doute ; les réserves commenceront si l'aliénation est héréditaire, s'il y a eu des rechutes et surtout en présence d'idées de suicide. Les conclusions seront alors formelles ; les malades appartenant à ces diverses catégories, même s'ils paraissent guéris, doivent être internés.

Il faudra également que l'expert soit prudent en présence de « la faiblesse ou des erreurs de perceptions » (de) la fausseté du jugement (des) vains fantômes de « l'imagination et (de) la fougue des penchants » vicieux ». Les rechutes sont certaines, même après guérison apparente.

Pendant l'observation à l'asile, l'ardeur et la constance au travail permettront de distinguer les malades curables de ceux qui restent insensibles à tout moyen physique ou moral et ne font aucun progrès vers leur rétablissement. Cette règle souffre des exceptions.

La conservation des sentiments surtout chez une mère ou leur retour annonceront souvent la convalescence.

La malice des aliénés, leurs crises et leurs délits, leur goût du désordre sont souvent difficiles à distinguer de la méchanceté naturelle. Les actes déconcertants des psychopathes ne sont pas différents en apparence de ceux qui résultent d'une « sorte de corruption de » mœurs portée à des excès monstrueux et jointe, en « apparence, avec l'usage de la raison ». Voilà, posé, le problème de la *Folie morale*, et des états passionnels. L'article du *Bulletin* de la Société d'Emulation ne le résout pas : il ne contient qu'un exemple de malade perverse, dont les actes répétés portent partout, suivant le langage du temps « le désordre et le crime ». Cette femme, comme c'est la règle, avait passé sa vie partie en prison et partie dans les hospices d'aliénés.

Dans les cas de *perversions sexuelles*, l'isolement complet sera conseillé pour éviter la contagion de l'exemple et par respect pour les mœurs publiques.

Les *délires mystiques* sont graves et souvent incurables ; le médecin parvient rarement à gagner la confiance du malade et à calmer ses angoisses. Ces aliénés deviennent ombrageux et sont portés au suicide,

faits qui nécessitent généralement l'internement prolongé.

Le *point de vue social*, négligé par ses contemporains, est sans cesse présent à l'esprit de Pinel, qui pendant vingt ans fut tourmenté par le doute et la perplexité, à l'heure de la rédaction des rapports médico-légaux. Sa conscience professionnelle le poussait encore à étudier les moyens de concilier les nécessités juridiques et celles de la médecine dans les dernières années de sa vie. Ses scrupules nous ont privés d'un *Traité* de médecine légale, bien que son expérience fût immense. Là encore, nous devons recueillir la leçon et la méditer. L'erreur, il l'avait toujours présente à l'esprit et il ne voulait pas que ses conseils puissent y conduire ses disciples. Voici les dernières lignes qu'il a écrites pour le médecin-légiste de l'avenir : « L'expérience la plus éclairée et « la plus invariable droiture, peuvent-elles sauver quel- « quefois le médecin d'une erreur involontaire, à tra- « vers tous les pièges que lui tendent les divers mem- « bres d'une même famille entièrement opposés de vues « et d'intérêts ? Il est aisé en général de prévoir toutes « les difficultés qui peuvent naître de ces sources « variées, mais peut-on toujours les résoudre ? » L'homme est peint tout entier dans ces simples mots ; mais il faut ajouter que cette pensée ne l'arrêtait pas dans sa pratique, elle ne faisait que l'exhorter à la patience dans l'observation, vertu dont l'usage est peu commun aujourd'hui.



Au congrès de Genève de 1926, nous avons présenté un travail qui montre Pinel expert, devant deux maladies difficiles (1). Le premier est connu par ses mémoires et les études de Champfleury dans « Les Excentriques » et de Lévy-Valensi dans « l'Encéphale ». Ce curieux personnage, *Berbiguier de Terre-Neuve du Thym*, a passé sa vie en liberté : l'occasion l'a mis en présence de Pinel, qu'il a ensuite mêlé à son délire.

---

(1) LAIGNEL-LAVASTINE et JEAN VINCHON. — *Deux malades de Pinel, Berbiguier et Martin de Gallardon.*

Martin de Gallardon, le second malade, a été le plus mystérieux des visionnaires. Nous possédons le rapport de Pinel et de Royer-Collard sur l'observation, qu'ils firent de lui à Charenton. D'autres auteurs, notamment Lenôtre, le capitaine Marin, et un écrivain naundorfiste qui a signé d'un pseudonyme un feuilleton de « La Légimité » de Bordeaux, en collaboration avec notre ami le D<sup>r</sup> Gillard ont repris à leur tour l'histoire de Martin.

Les rapports de Pinel et de Berbiguier sont intéressants à rapporter. Dans la préface de ses mémoires, le malade reproche au médecin d'être le principal auteur de ses souffrances. Ce dernier agit par des moyens occultes, qui doivent justifier l'accusation portée par Berbiguier, d'être un suppôt de Satan. La première visite eut lieu au cabinet de Pinel, 12, rue des Postes. Le grand pénitencier de Notre-Dame avait donné cette adresse au patient, en lui faisant espérer un soulagement à ses maux. Pinel prescrivit des bains et le convoqua pour le lendemain. Le rendez-vous fut ajourné; les troubles nocturnes, bruit sous le traversin, sentiment d'attouchement continuèrent. Berbiguier découvrit là la preuve des actions occultes. Peu à peu les choses s'aggravèrent : après une nouvelle entrevue, les prétendues preuves s'affermirent dans l'esprit du patient. Une lettre, qui confirmait les prescriptions de bains, fut gardée par Berbiguier, parmi les pièces justificatives.

Le délire continua à évoluer, malgré les conseils de prêtres, de médecins et de guérisseurs. Ceux-ci entrent tour à tour dans le complot des persécuteurs démoniaques. Contre eux, Berbiguier lutte par la pratique des envoûtements, qu'il connaît par les livres de magie, dont il a une collection. Pinel reçoit de nouvelles lettres, auxquelles il ne répond plus, nouvelle preuve des actions occultes. Les interprétations s'étendent. Le monde entier est armé par les « Fardadets », contre Berbiguier. Cette première histoire contée au long des mémoires (1) de ce psychopathe, est celle des aven-

---

(1) *Les Farfadets ou tous les démons ne sont pas de l'autre monde*, par Berbiguier de Terre-Neuve du Thym, 3 vol., Paris 1821.

tures de l'aliéniste, en rapport avec un persécuté interprétant.

Le cas de *Martin de Gallardon* est moins classique. Pinel l'observa en 1816, la même année que Berbiguier avec Royer-Collard. Ces experts avaient été commis par Decaze, ministre de la police. Martin paraissait plein de santé. Le 15 janvier 1816, il entendit prononcer des paroles près de lui. Pourtant il était seul. Après un moment, un homme apparut et lui ordonna d'avertir le Roi des dangers qui le menaçaient, s'il ne ramenait pas son peuple à la religion. L'homme était vêtu d'une redingote « exactement boutonnée » et coiffé d'un chapeau haut de forme. Sa figure était fine et sa voix douce. Martin essaya en vain de s'enfuir, puis de refuser cette mission. L'inconnu se montra encore dans une cave, dans un pressoir, dans un grenier et à l'église. Le curé, averti, en référa à son évêque. Le Préfet d'Eure-et-Loir s'en mêla. Les apparitions continuaient toujours plus pressantes. Martin finit par être conduit chez le ministre de la police. L'inconnu était encore là.

Le 9 mars 1816, Pinel alla voir le laboureur de Gallardon dans son hôtel. Celui-ci le reconnut et voici le dialogue qu'ils engagèrent suivant le texte du rapport médico-légal dans la relation de Silvy (1) : « Vous êtes sûrement le docteur dont la visite m'a été annoncée. — « — Comment savez-vous cela ? répondit Pinel en « riant. — Je le sais, répliqua Martin, parce que le « personnage inconnu m'en a prévenu. »

Toutes les réponses avaient été ainsi suggérées à l'avance par l'apparition.

Ces visions ne semblaient pas liées à un délire évident. Pinel demanda une observation d'un mois à Charenton dans le service de Royer-Collard, qui signa le rapport avec Pinel. Martin restait calme et lucide. Le diagnostic de « manie partielle extatique » fut écarté. Une longue enquête fut prescrite à Gallardon auprès du maire, du curé et de la famille. Elle n'apporta aucun argument en faveur de la folie.

---

(1) *Relation concernant les événements qui sont survenus à un laboureur de Beauce nommé Martin*. Paris, 1817.

Martin ne semble pas devoir être considéré non plus comme simulateur, ni comme un instrument entre les mains d'intrigants. Les visions ressemblent à des hallucinations, mais elles n'ont pas été préparées par la concentration de l'attention et de l'imagination sur un objet unique ; au contraire, elles ont surpris le paysan jusque-là réaliste et positif. Si l'on admet la réalité des visions et des voix, tout s'explique ; les faits s'enchaînent logiquement. « Il existe des exemples incontestables de prévisions et de pressentiments qui ont été réalisés par l'événement », chez des personnes jouissant de leurs facultés. Martin rentrerait dans cette catégorie. Mais le pronostic ultérieur doit être réservé.

Martin devint un prophète et Gallardon un centre de pèlerinage. Malheureusement la reconnaissance par Martin de Naundorff comme dauphin, vint établir la nature exacte des visions. Celles-ci devinrent intérieures et se modifièrent au gré des suggestions du parti de la Légimité. Les lois de l'interpsychologie entrent en jeu après la rencontre du faux Dauphin et du prophète. Naundorff devint visionnaire quand Martin lui eut promis un guide comme le sien. Le laboureur, qui avait paru sain à Charenton, entendait maintenant des voix menaçantes, qui le sommaient de renoncer à sa mission. Il mourut bientôt. Sa fin justifiait les réserves de Pinel et de Royer-Collard. Elle fut celle d'un aliéné.

L'histoire de Berbiguier est surtout pittoresque ; elle nous montre Pinel, examinant deux fois un de ces malades atteints de « mélancolie dévote » comme on disait alors, de délire d'interprétation, dirions-nous aujourd'hui. Le rapport sur Martin de Gallardon, plus complet avec l'observation de l'enquête, demeure un témoignage important de la méthode médico-légale de Pinel. Il nous montre la méthode du maître à la fin de sa carrière et la conscience avec laquelle il la mit en œuvre. Par là il mérite de servir de conclusion à cette étude sur Pinel, médecin-légiste.

M. Henri COLIN, Secrétaire général. — Mes chers Collègues, L'article 8 de nos statuts est ainsi conçu :



« La Société, sur la proposition de cinq membres, peut conférer directement le titre d'associé étranger à des savants ayant rendu des services éminents à la science. L'élection a lieu à la majorité des membres présents. »

Votre bureau, composé de six membres, a pensé qu'à l'occasion du centenaire de la mort de Pinel il y avait lieu d'appliquer cet article à ceux de nos collègues étrangers, délégués officiels aux cérémonies commémoratives, qui assistent à notre séance. Il vous propose donc d'élire membres associés étrangers de la Société médico-psychologique :

M. le D<sup>r</sup> BOND, membre du Board of Control, ancien président de la Royal medico-psychological Association, délégué du gouvernement Anglais, du Royal College of Physicians et de la British Medical Association.

M. le D<sup>r</sup> MARR (Hamilton), membre du Board of Control pour l'Ecosse, Président de la Royal medico-psychological Association, délégué officiel pour l'Ecosse.

M. le Professeur George ROBERTSON, président de la Royal medico-psychological Association, délégué par la Faculté et par le Royal College of Physicians d'Edimbourg, dont il est le président.

M. le D<sup>r</sup> Donald Ross, délégué par la Royal medico-psychological Association.

M. le D<sup>r</sup> VERWAECK, directeur du service d'anthropologie pénitentiaire, délégué du gouvernement Belge.

Mme le D<sup>r</sup> TYSBAERT, déléguée de la Société de Médecine Mentale de Belgique.

M. le Professeur Louis PUUSEPP, délégué par la Faculté de Médecine de Tartu et par la Société Neurologique Estonienne.

M. le Professeur BOUMAN, délégué par l'Université d'Utrecht.

M. le Professeur CHOVOSCHKO, délégué par le Commissariat de la Santé Publique de l'Union des républiques socialistes Soviétiques.

Cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

M. le Professeur Robertson prononce l'allocution suivante :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT, MESDAMES, MESSIEURS,

Le premier ouvrage médical accompli par Pinel fut de traduire en français les « Institutions de Médecine Pratique », le livre de Cullen, qui était professeur de Médecine à l'Université d'Edimbourg.

Mes collègues de la Faculté de cette ville m'ont par conséquent délégué pour les représenter ici au Centenaire de notre Maître à tous.

Cullen était aussi Président du « Royal College of Physicians » d'Edimbourg. En ma qualité de successeur à cette présidence, j'ai l'honneur de représenter, naturellement, notre ancienne Association Médicale.

Je représente aussi l'Asile Royal d'Aliénés d'Edimbourg. Les docteurs qui dirigeaient cette Institution, anciens élèves de Pinel, eurent la sagesse de reconnaître très tôt sa grandeur, et douze ans seulement après sa mort, érigèrent un monument — le premier, croyons-nous — à sa mémoire.

Pour ces trois raisons d'importance, je suis venu d'Ecosse rendre hommage avec vous à la mémoire de Pinel et je suis heureux de pouvoir exprimer ici les sentiments cordiaux qui, depuis toujours, n'ont cessé d'exister entre l'Ecosse et la France.

Après de brèves allocutions de M. Donald Ross, de M. le Dr Verwaeck, de M. le Professeur Bouman, M. le Professeur Choroschko prend la parole en ces termes :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,  
MESDAMES, MESSIEURS,

Je me permets de prendre la parole au nom des neuro-pathologistes et aliénistes russes.

Etant délégué par le Commissariat du Peuple de la Santé Publique et par le Commissariat du Peuple de l'Instruction Publique, de même que par la Société de Neurologie et de Psychiatrie de Moscou qui est un

des grands centres scientifiques pour les neurologistes et les aliénistes russes, je crois avoir le droit de parler au nom de la neurologie et de la psychiatrie russe.

En tant que représentant de l'Ecole de Moscou des neurologistes et aliénistes russes, j'apprécie tout particulièrement notre participation à la commémoration des grands savants français, Pinel et Vulpian, car les fondateurs et les promoteurs de notre école de Moscou, tels que Kojevnikoff, Roth, Korsakoff, étaient intimement liés avec ceux dont nous fêtons aujourd'hui la grande œuvre. Nos maîtres ont étudié chez Vulpian et chez Charcot. Pour nos maîtres russes qui, au point de vue moral, étaient de grands idéalistes et de grands humanitaires, qui traitaient leurs malades avec une véritable tendresse comme le faisaient Korsakoff et ses élèves préférés, Serbsky et Bajénoff, etc., pour nos maîtres la vie et l'œuvre de Pinel étaient sans aucun doute un grand exemple à suivre. Il serait injuste de ma part de ne pas citer les noms d'autres neurologistes et aliénistes russes qui n'étaient pas de Moscou, mais dont l'œuvre est considérable: je veux parler des professeurs Balinsky, Merjéevsky, Bechtérew, de Léninegrad, l'école des professeurs Sikorsky et Lapinsky à Kieff, Et, pour finir cette énumération des écoles neurologiques et psychiatriques russes, je dois rappeler la grande œuvre physiologique et neurologique des professeurs Sétchéhoff, Tarkhanoff, Pavloff et de ses nombreux élèves.

Nous pouvons dire, sans fausse modestie mais également sans un vain orgueil, que l'œuvre d'assistance sociale aux aliénés, la psychiatrie sociale, la lutte pour la défense des droits des aliénés, ont toujours attiré l'attention des aliénistes russes. La psychiatrie pratique dans les institutions russes pour les aliénés a toujours été et est maintenant à la hauteur en tant que nos moyens financiers nous le permettent. Ce n'est que pendant certaines des années les plus pénibles de la Révolution que l'œuvre d'assistance des aliénés a éprouvé de grandes difficultés.

Actuellement, de nouveau, elle tend à s'améliorer. La

première chaire et la première clinique des maladies nerveuses à l'Université de Moscou ont été fondées en 1869, c'est-à-dire il y a 58 ans. Or, à l'heure actuelle, nous avons dans toute l'Union 35 chaires et cliniques neurologiques et à peu près autant pour les maladies mentales. Toutes ces chaires sont échelonnées depuis Léninegrad, Minsk et Odessa à l'Ouest, jusqu'à Irkoutsk et bientôt Vladivostok à l'Est, Perm et Tomsk au Nord, Astrakan, Bakou, Tiflis, Tachkent au Sud. C'est sur ce territoire qui est égal à un cinquième de la terre habitable que se développe l'œuvre dont les bases ont été jetées par Pinel, Vulpian et Charcot.

Au nom des Institutions qui m'ont délégué, au nom des neurologistes et des aliénistes russes, je salue avec admiration la glorieuse Ecole Neurologique et Psychiatrique Française, je salue les savants qui assistent à la commémoration d'aujourd'hui, je salue la pensée scientifique française, l'admirable science française, je salue le travail commun de nous tous, séparés par la langue, par la distance, par la civilisation, par le régime social, notre œuvre commune dans le domaine de la neurologie et de la psychiatrie.

## A propos d'un cas d'hystéro-traumatisme oculaire

Par le D<sup>r</sup> H. BERSOT (de Neuchâtel) (1)

Membre associé étranger

La séance, ouverte à 15 heures, est levée à 16 h. 30.

*Les Secrétaires des séances,*  
GUIRAUD, BUSSARD.

---

(1) Ce travail paraîtra dans un prochain numéro.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Académie de Médecine

SÉANCE SOLENNELLE DU 31 MAI 1927

A l'occasion des Centenaires de PINEL et de VULPIAN

Présidence de M. HERRIOT

*Ministre de l'Instruction Publique et des Beaux-Arts*

---

Pinel nosographe et clinicien, par M. MAURICE DE FLEURY

MONSIEUR LE MINISTRE,  
MESDAMES ET MESSIEURS,

Celui qu'on a nommé le libérateur des aliénés, illustre et quasi-légendaire, le grand public ne le connaît vraiment que par le bronze de Ludovic Durand, dont se pare le terre-plein devant l'hospice de la Salpêtrière, et par quelques cartes postales reproduisant le tableau de Charles Muller qui orne notre salle des Pas-Perdus, ou le grand panneau de Tony Robert-Fleury qui tapisse, en toile de fond, l'estrade de l'amphithéâtre Charcot.

Cependant, après cent années qui nous séparent de sa mort, nous avons cette chance de posséder sur lui les précisions les plus sûres. L'un de ses petits-neveux, psychiatre honoré de tous pour ses talents et ses vertus professionnelles, nous a donné sur Philippe Pinel une étude définitive (1), riche de la lecture attentive de ses moindres publications et des révélations de sa correspondance.

Lisez l'éloge de Pinel à l'Académie des Sciences par le baron Cuvier, celui que Parisot prononça devant l'Académie de Médecine le 28 août 1827, l'article de Sancerotte dans la *Nouvelle biographie générale*, que dirigeait Hæffer ; lisez les trois mémoires de Pinel dans *La médecine*

---

(1) R. SEMELAIGNE. — *Aliénistes et Philanthropes, Les Pinel et les Tuke*, avec sept eaux-fortes de Ch. Callet. Steinheil, édit., 1912.

éclairée par les sciences physiques, sa traduction des *Institutions de médecine pratique* de Cullen, les *Opera omnia medica practica* de Baglivi, que Pinel préfaça et illustra de notes ; lisez la *Nosographie philosophique*, ou *Méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, dont l'édition originale est de 1798 ; le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* (1801) : *La médecine pratique rendue plus précise et plus exacte par l'application de l'analyse*, ou *Recueil et résultat d'observations sur les maladies aiguës, faites à la Salpêtrière* (1802) — on ne détestait pas, en ce temps-là, les titres longs — cinq mémoires au *Journal de Physique*, six dans la *Gazette de Santé*, dont il était le rédacteur en chef ; deux dans la *Gazette gratuite de santé* ; six à la *Société médicale d'Emulation* ; n'oubliez pas une vingtaine de longs articles à l'*Encyclopédie méthodique* et au *Dictionnaire en 60 volumes* — moins on avait de précisions et plus on disputait interminablement — ; lisez dans la *Revue d'anthropologie* d'octobre 1911 le rapport que Philippe Pinel donna le 29 décembre 1800 sur le fameux sauvage de l'Aveyron (1), à la *Société dite des Observateurs de l'Homme* ; cherchez à déchiffrer les pages manuscrites faites par un élève de Pinel à son cours de pathologie interne et que je dois à l'obligeance du Dr Legrain et vous n'en saurez pas plus long qu'après avoir pris connaissance du livre si probe et si parfaitement documenté du Dr René Semelaigne. On ne saurait louer Pinel sans complimenter son petit-neveu d'avoir eu l'esprit de famille et de ne l'avoir pas eu au point de déformer, pour l'embellir encore, l'image d'un aïeul illustre.



L'énumération de ces titres d'ouvrages nous renseigne déjà. Philippe Pinel a reçu les *ordres mineurs* ; à Laval, ses maîtres l'ont entraîné à la dialectique. Un peu plus tard, il s'est bien pénétré du sensualisme de Locke et de Condillac, d'où lui vient sa philosophie. Pour être gradué maître ès arts, il a écrit une thèse : *De la certitude que l'esprit mathématique imprime au jugement dans ses applications aux sciences*. Il est savant naturaliste et peu s'en est fallu qu'il ne devînt le rival de Cuvier.

---

(1) Ce rapport, page excellente d'observation directe et de critique, égaré pendant cent dix ans, fut retrouvé et publié en 1911 par M. Georges Hervé, professeur à l'Ecole d'anthropologie de Paris.

Le 31 janvier 1795, conjointement avec Hallé, il était nommé professeur d'hygiène ou de physique et il avait donné la préférence à la physique, qu'il savait bien. Le 5 juin de la même année, Doublet mourut et Pinel fut nommé à la chaire de pathologie interne, qu'il occupa, qu'il illustra, jusqu'à la dissolution de la Faculté de Médecine, le 21 décembre 1822. Ses conceptions de philosophe et de naturaliste, il les transporta dans l'enseignement de la pathologie, profondément heureux de travailler à mettre un peu d'ordre dans ce chaos. Ce fut toujours le rêve de nombre de bons esprits en ce pays, de défricher la forêt sauvage, pour y tracer un beau jardin à la française.

Il avait lu, dans Sydenham, cette phrase fameuse : « Il faut réduire toutes les maladies à des espèces précises et déterminées, avec le même soin et la même exactitude que les botanistes ont mis dans leurs études sur les plantes ». Il s'était enthousiasmé pour Boissier de Sauvages et pour sa nosologie médicale sans cesse remaniée de 1732 à 1763. Il connaissait la classification médicale de Linné, celle de Vogel et celle de Sagard. Il s'était surtout imprégné des *Synopsis nosolocæ medicæ* de Cullen, qui divisait les maladies en pyrexies, névroses, cachexies, maladies locales. Il avait discuté le Lyonnais Vitet, lequel, dès 1770, tenait pour maladies le vol, la bassesse, la méchanceté, le déplaisir, la crainte. Oui, maladies, je le veux bien, disait Pinel, dont les observateurs et les nosographes se nomment Larochevoucauld et La Bruyère.

Instruit de l'œuvre antérieure à lui, il se décida à écrire cette *Nosographie philosophique* qui eut, en vingt années, onze éditions et fut le manuel éducateur de la jeunesse médicale pendant tout près d'un quart de siècle.

Certes, sa classification peut bien faire sourire un étudiant d'aujourd'hui. Sa division en cinq catégories, phlegmasies, hémorragies, névroses, fièvres, lésions organiques, nous surprend par sa pauvreté, riches que nous sommes de toute l'anatomie et de l'histologie pathologiques, des trésors que nous apporta la médecine expérimentale et de la connaissance étiologique, dont nous a fait présent le génie de Pasteur. Et Pinel eut peut-être tort de s'obstiner à vouloir construire, en un temps où manquaient encore les grandes assises pour les fondations. Mais les hommes sont esclaves de leur tempérament, de leurs constitutions, disons-nous en psychiatrie. Il y a toujours eu, il y aura toujours, parmi les gens de science, des tailleurs de pierres — dont quelques-uns sont de magnifiques sculpteurs — et

des esprits plus synthétiques et qui pensent en architectes. Pinel fut de ceux-là.

Contrairement à Corvisart, qui croyait aux malades et guère aux maladies, il enseignait que « les troubles fonctionnels et les lésions des tissus, chez les animaux et chez l'homme, n'évoluent pas hors de la nature et ne sont qu'une part de la science naturelle, qu'elles ont une évolution définie, que tous les cas de même sorte se ressemblent et qu'il convient de les classer en espèces et en genres, avec une sage réserve pour s'élever aux idées générales, sans vouloir donner de la réalité et des termes abstraits », prenait-il grand soin d'ajouter.

Une maladie étant donnée, disait-il encore, déterminer son vrai caractère et le rang qu'elle doit occuper dans le cadre nosologique. Et Dubois (d'Amiens) de reprocher à Philippe Pinel de croire qu'il est beaucoup plus utile et plus urgent d'assigner à une maladie sa véritable place que d'en trouver la thérapeutique agissante. Querelle trop commode et, vraiment, un peu puérile. Véritable homme de science, las de l'empirisme et de la poly-pharmacie à l'aveuglette, las de la saignée à tout faire, le nosographe voulait essayer de comprendre, de circonscrire, de définir et de classer, avec le noble espoir d'aboutir à une thérapeutique rationnelle. Louons-le d'avoir ainsi essayé d'être, à l'aube du XIX<sup>e</sup> siècle, la lueur annonciatrice de la médecine scientifique. Louons-le d'avoir été l'ennemi du chaos, d'avoir pensé que la confusion n'est pas dans les choses, mais seulement dans notre esprit mal éclairé. Louons-le d'avoir eu la foi, une certaine foi — non point aveugle et de charbonnier, mais expérimentale — la foi aux lois de la nature.



Tout en aimant les idées générales, Philippe Pinel n'en demeurait pas moins homme de grand bon sens et de sagacité. Il le prouva le mieux du monde lors de la fameuse aventure du sauvage de l'Aveyron.

L'ardente pensée de Jean-Jacques enflammait encore les esprits. On allait pouvoir l'observer, le pur, l'homme même, réalisant exactement les intentions de la nature sur l'Espèce. On le tenait, enfin, celui que nulle civilisation n'avait pu corrompre. Et plus d'un philosophe étudiant ce pauvre diable, ramassé nu par des chasseurs dans les bois de la Canne, pensait trouver en lui le sage, l'excellent. Survint Pinel et son savoir de psychiatre : il eut tôt fait de démontrer, à l'évi-



dence, qu'il s'agissait tout simplement d'un pauvre idiot, abandonné par ses parents, pour sa stupidité native.

Oui, bon sens et sain jugement et non pas toujours terre à terre. L'esprit du maître eut des coups d'aile, comme ce jour où il enseigna qu'il importait de tenir compte de la structure et de la fonction des organes, en recherchant, dans la distribution des tissus, une base à la localisation des maladies. Et cette idée, belle trouvaille pour l'époque, illumina le grand Bichat : « C'est en lisant l'ouvrage de Pinel, écrit-il, que l'idée de celui-ci (*Le Traité des Membranes*) s'est présentée à moi. »

Aussi bien, sur avis motivé de l'Institut, à la fête du 1<sup>er</sup> vendémiaire an VII, la *Nosographie Philosophique* fut-elle proclamée, par le Directoire, une des productions qui honorent le plus l'esprit français et la science contemporaine.

Assurément Philippe Pinel n'a pas réalisé les plus magnifiques trouvailles, du moins les plus définitives. Voyons en lui, au premier chef, un précurseur. Il est dit que, les progrès qui font sa gloire, l'homme ne les réalise le plus souvent qu'en tâtonnant et par approximations successives.

Dix ans avant l'ouvrage illustre de Gaspard-Laurent Bayle, dans son article *Adynamie*, du *Dictionnaire en 60 volumes*, Pinel décrivait une folie compliquée de paralysie, et aboutissant à la mort. Il enseignait le péril de l'alcoolisme, la transmission héréditaire de la manie, le délire monotone des mélancoliques, le délire des persécutions associé aux idées de grandeur. Dans certain tableau synoptique tracé de sa main, j'ai relevé des exemples indéniables de folie périodique, régulière ou irrégulière.

Il entendait donner au traitement moral une importance que l'extrême bonté de son cœur exagérait sans doute. Mais il a eu l'idée d'organiser des ateliers de couture, pour distraire les folles tranquilles de la Salpêtrière, en leur constituant un petit pécule ; il souhaita de voir adjoindre à tout hospice d'aliénés « un vaste enclos, qu'on pourrait convertir en une sorte de ferme », ce qui se fait à peu près partout maintenant et ce qui n'est pas sans ressembler aux colonies familiales dont nous sommes fiers aujourd'hui. Il répudiait le saisissement des immersions froides, conseillait les bains tempérés qui inclinent au doux sommeil. Avec Fériar, il préconisait, pour les mélancoliques, le quinquina tonique, associé à l'opium qui calme bien les agitations anxieuses. Il a traité du refus d'aliment, tourment des directeurs de maison de santé. Il raconte que, pour un malade

particulièrement rebelle, il envoya quérir une sonde élastique qu'il introduisit par une narine et par laquelle il fit pénétrer, jusque dans l'estomac des substances liquides (1).

Et voilà qui changeait assez heureusement les pauvres fous des chaînes et des coups de trique !

Pinel fut bon hygiéniste et thérapeute ingénieux. Demandons-nous modestement si, au cours des cent ans qui suivirent sa mort, beaucoup d'aliénistes firent plus qu'il ne fit pour le salut des malades.

Sur bien des points, hélas ! notre thérapeutique des maladies mentales est pauvre encore. But suprême de nos efforts, elle ne vient — Pinel l'avait compris — qu'après la définition des maladies par l'analyse des symptômes, la description des lésions, s'il y en a, et l'intelligence des causes. Encore ne vient-elle, le plus souvent, qu'à pas comptés !

Nous savons à peu près sûrement aujourd'hui ce que sont les psychoses constitutionnelles et les psychoses accidentelles, toxi-infectieuses. Nous savons ce qui fait une neurasthénie, un état confusionnel, l'idiotie, la démence organique, la démence sénile, certaines sortes de psychose hallucinatoire chronique. Mieux que tout, nous connaissons la source véritable de la paralysie générale progressive et, chose singulière, lorsque nous parvenons à en suspendre le cours, c'est par un procédé de cure fort éloigné de cette source. Combien d'obscurités encore il nous faut vaincre !



J'ai dit combien ce maître goûtait les classifications. Pour mieux le comprendre et le louer plus sûrement, essayons de lui appliquer cette nomenclature des facultés de l'âme, que nous fournit précisément la connaissance des psychoses.

Une très noble Intelligence, à la Mémoire somptueusement meublée, au Jugement très droit, à l'Imagination créatrice assez vive pour se hausser, par moments, au génie précurseur.

Une Activité magnifique au service des sciences et au service du bien public ; une Emotivité singulière, qui fit pleurer Pinel et Savary sur la mort, cependant lointaine ! de Sapho, et valut à notre savant plusieurs nuits d'insomnie, à propos d'une visite, en compagnie de Chaptal, au tombeau de Jean-Jacques ; une timidité qui le faisait balbutier parfois, parler d'une voix saccadée, et, sur le tard, demeurer

---

(1) *Traité de l'aliénation mentale*, note de la page 296.

sans réplique aux polémiques de Broussais, étourdissantes comme des charges de cavalerie.

Peu d'orgueil ; point d'avidité et point de jalousie. En dépit de tant de triomphes et d'une longue popularité, une sincère modestie. Un grand amour du vrai.

Par-dessus tout, une bonté charmante, sous forme de cette bonhomie qui le faisait chérir de ses malades, de ses élèves, d'un bon nombre de ses confrères ; et sous forme, aussi, de courage, quand il offrait, au péril de ses jours, asile à Condorcet traqué ; quand il écrivait à son frère pour dire la douleur que lui avait causé le supplice du roi — il était bon républicain, bon patriote, mais aucunement sanguinaire — ou bien encore quand il tenait tête à Couthon qui, sottement, le soupçonnait de recéler des ci-devant dans son service de Bicêtre.

L'on voit le septicisme sourire de cette vertu souveraine, l'oubli de soi C'est à elle, pourtant, que Philippe Pinel doit le meilleur ou, tout au moins, le plus durable de sa gloire et de survivre en monument, non seulement sur la place publique, mais aussi dans le cœur des hommes.



On rencontre, dans le *Traité médico-philosophique de la Folie*, une page charmante, où cet homme de bieu décrit, sans même dire que c'est là son œuvre, l'ordre, la paix et l'harmonie régnant à la Salpêtrière.

Son fils Scipion nous a donné, de la libération des pauvres fous, un récit curieux, émouvant, mais de seconde main et qui nous laisse quelques doutes. Je n'y ai pas reconnu avec certitude les différentes sortes de psychoses que nous avons coutume d'observer, alors que, sans nul doute, la folie a été, de tous temps, ce qu'elle est aujourd'hui (1). Avec un peu d'imagination nous pouvons nous représenter ce que furent, durant des siècles, les repaires affreux où l'homme, en équilibre mental approximatif, tenait, pour se garer de leurs fureurs, ses frères à l'esprit perdu.

On entendait de loin leurs vociférations avec le bruit « glacial » de leurs chaînes. De près, on était étourdi de vacarme et suffoqué d'odeurs immondes. Par centaines, ils croupissaient dans le jour sale et l'écœurante humidité des loges.

---

(1) Evidemment, il n'y avait alors ni morphinomanes, ni cocaïnomanes ; l'alcoolisme, ce fut la seule toxicomanie de nos pères occidentaux.

Vêtus de laine grise et de chaussons toujours souillés, voici les fils de l'alcool et de la dégénérescence, asymétriques avortons, avec des crânes malformés, aux os épais et trop soudés, des yeux bridés, des oreilles mal détachées, un regard sans attention qui ne s'attarde à rien, un cou flasque soutenant à peine une tête oscillante ; de temps à autre, l'un d'eux ouvre la bouche, une bouche semblable à un bec membraneux d'oiseau ; et il en sort un cri de bête, un cri de colère sans cause, cependant qu'une surveillante, allant de l'un à l'autre, mouche ici, torche là, attachant aux barreaux celui-là qui veut mordre, et dormant à tous la pâtée, voracement, laidement engloutie.

Ici, pâle, crispé, tous les traits en ravage, le mélancolique anxieux balance, comme un fauve en cage, son vertige mental. On dit que, l'an passé, un de ses pareils a trouvé moyen de se pendre ; et profondément il médite, seul espoir de désespéré, le geste prompt qui, peut-être, lui permettra de mettre fin à sa torture.

Le buveur, face violacée, mains tremblantes, se débat contre ses hallucinations visuelles. Il a tué l'exempt venu pour l'arrêter et il s'est longuement acharné au cadavre.

Le nez tamponné de coton contre les odeurs méphitiques, la tête emmitouflée d'un turban de fortune recouvrant les oreilles, le thorax cuirassé de plaques de métal et de médailles protectrices, le délirant chronique écoute les voix mystérieuses qui le conseillent ou l'insultent ; et il répond, tantôt d'un sourire entendu, tantôt d'une brutale injure, aux invisibles interlocuteurs qui ne le quittent ni jour, ni nuit. Et l'on sait par expérience, comme il est dangereux.

Cette vieille démente a gardé la façade de son ancienne politesse : elle accueille le visiteur de paroles aimables et de gestes courtois... Mais elle oublie d'une minute à l'autre. Tout ce qui vient de se passer tombe au néant. Elle ne parle que de choses et de gens qu'elle connut dans son enfance. Les débris de son âme vivent parmi les morts ; quant à son pauvre corps, il gît lamentablement.

Sur ce grabat pourri, gisant et décharné, secoué de la tête aux pieds par un tremblement sans relâche, le regard vide, toute pensée, tout sentiment à jamais abolis, en un cerveau qui ne dicte plus à la voix que de sourds grognements, la pauvre loque humaine qui n'a plus rien d'humain, qu'on ne peut plus aimer tant elle est avilie, glisse trop lentement au dernier souffle que, pour elle, on implore. La paralysie générale a fait cela d'un noble artiste.

Cette voix éraillée, usée en hurlements, ce verbe intaris-

sable, cette suite de mots, ces quolibets, ces apostrophes à perdre haleine, ces équivoques, ces vers absurdes déclamés, ces rimes et ces assonances trouvées, ces rires, ces chansons, et ces larmes heureuses, cette mimique exaspérée, ce baiser, souligné de galanteries un peu vertes, lancé à la volée pour la fille qui passe au bout du corridor, ce corps ivre de force, qui tombe à genoux, se relève, se couche, se roule, bondit et tend ses chaînes à les rompre ; cet esprit en tumulte et si bandé qu'il perçoit tout, cueille un mot à l'entour, en fait jeu, puis repart pour quelque exaltation mystique ou quelque gaillardise... Cela joyeux, véhément et, pour un peu, féroce : au moindre obstacle ou pour un mot contrariant, voici la bordée d'invectives, le galop furieux des mots paroxystiques, le besoin de frapper. Et quand, à bout de gesticulations, la voix brisée, horriblement meurtri par ses menottes au poignet et les anneaux rivés à ses chevilles, il a bien lacéré de ses dents ses habits, mis en pièces sa literie, alors, aux trois quarts nu, content de lui, l'excité maniaque use de sa ressource suprême et vous crache au visage, moins pour offenser que pour rire !... —

Mal instruits, mal guidés, les gardiens de 1793 ne voient point des malades dans ces méchants et ces sournois, dans ces brutes immondes, peut-être possédées du diable ! Le diable, pensez donc, on a bien le droit de cogner ! Tous, sans doute, là comme ailleurs, n'étaient pas tout à fait dénués de pitié. Mais ivrognes eux-mêmes — il faut bien boire un peu pour se consoler du métier — avides des quelques liards qu'on peut soustraire à tel insane ou à ses rares visiteurs, las d'inutiles nettoyages, exaspérés par les injures qu'ils reçoivent ou les dangers qu'ils courent, ces infirmiers de bagnes ont la main dure. Hier encore, ce capitaine anglais, enchaîné depuis quarante ans, d'un coup bien asséné de ses menottes jointes, a frappé un de ses servants et l'a tué du coup. Alors, ce sont de sauvages vengeance !...

Mais vient Pinel, aidé du fidèle Pussin. Sa voix, d'abord mal entendue, ne cesse de redire : « Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit chercher, par les moyens les plus simples, à rétablir la raison égarée. » Peu à peu, à ce verbe sans cesse affermi, se soumettent législateurs, administrateurs, employés subalternes. Tout s'humanise. L'ordre renaît, et l'harmonie, dans cet affreux pandémonium que j'ai tenté de peindre...

Le moment de Pinel est, bien certainement, Messieurs, l'un

des plus nobles, l'un des plus purs de la Révolution française.



Et s'il est vrai qu'une cérémonie de centenaire doive comporter quelque leçon, demandons à Pinel de nous enseigner ses vertus.

Qu'il nous apprenne à constituer de robustes classifications nosographiques, en psychiatrie notamment, où, parmi tant d'idées nouvelles, tant de faits entassés, nous avons besoin d'y voir clair et d'assurer les positions conquises.

Essayons de nous inspirer encore de la générosité d'un tel cœur.

Certes, nous n'avons plus à libérer de chaînes de pauvres fous, partout humainement traités. Mais nous avons à multiplier, pour les malades sans ressources, les maisons de santé ouvertes comme en ont les plus fortunés; il nous faut travailler à constituer une efficace prophylaxie, prophylaxie des maladies mentales évitables, créer une importante caisse de recherches pour la préservation et la poursuite méthodique de traitements rationnels.

Nous possédons, maintenant, assez de notions exactes pour savoir discerner le pervers incorrigible, à tout jamais insociable, du délinquant d'un jour et qui n'a fait le mal que sous l'empire d'une psychose définie. Il nous faut obtenir de la justice, la distinction, qui s'impose plus que jamais, du bon et du mauvais larron, et tâcher d'abolir cette laideur insupportable, un être humain puni pour fait de maladie. Et que nous soient accordés, enfin, ces asiles-prisons, que réclament depuis si longtemps les aliénistes de France, seul moyen de faire justice, en assurant à la société la sécurité nécessaire et, aux malades, une cure.

Voilà les pas qu'il nous appartient de franchir, sans plus tarder, dans cette voie de haute bonté et de sagesse, que commença de nous tracer celui que son élève le plus illustre, Esquirol, n'appelait jamais autrement que le grand Pinel.

Pinel psychologue, par M. G. DUMAS.

MONSIEUR LE MINISTRE, MESDAMES, MESSIEURS,

M. Maurice de Fleury vient de vous parler de la psychiatrie de Pinel avec une précision, une justesse et une autorité qui seraient faites pour décourager ma bonne volonté si je devais aborder le même sujet devant vous, mais, heureuse-

ment pour les panégyristes de Pinel qui ont à prendre la parole à l'occasion de son centenaire, il y a dans son œuvre et sa pensée assez de diversité pour qu'ils puissent les envisager sous des aspects très différents.

Il y a un Pinel aliéniste qui a beaucoup observé les aliénés, les a classés avec méthode, a inauguré à leur égard une thérapeutique pleine d'intelligence et d'humanité, et sans doute les a quelquefois aidés à guérir bien qu'il paraisse s'être fait des illusions sur l'étendue et la durée de ses cures ; c'est celui dont vous venez d'entendre l'éloge.

Mais il y a aussi un Pinel ecclésiastique qui rêva d'un canonicat, prit la soutane vers l'âge de dix-sept ans, entra chez les Pères de la doctrine chrétienne de Lavaur, et reçut les ordres mineurs, qui sont, ainsi que chacun le sait, ceux d'exorciste, de lecteur, d'acolyte et de portier. Il était bon humaniste ; il aimait les choses de l'esprit ; il avait le goût de l'organisation ; il était profondément religieux ; il eût fait dans l'Eglise une belle carrière ; et peut-être, Monsieur le Ministre, présideriez-vous aujourd'hui au centenaire de Mgr Pinel, sans le Pinel libre-penseur qui s'éveilla sous l'influence de Voltaire et de Rousseau et quitta la soutane avant d'avoir été ordonné prêtre, vers l'âge de vingt-deux ans, en 1767.

Ce Pinel philosophe, y devait, plus tard, dès son arrivée à Paris, visiter pieusement la tombe de Jean-Jacques, à Ermenonville, admirer Condorcet et Franklin, fréquenter chez Mme Helvétius, se lier d'amitié avec Cabanis. Sans aucun doute, c'est la philosophie généreuse des encyclopédistes autant que sa bonté naturelle, qui inspira à Pinel aliéniste les réformes si humaines de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Il y a eu aussi un Pinel littérateur, qui, du temps où il cherchait sa voie, après avoir quitté les Pères de la doctrine, se fit inscrire comme étudiant à la Faculté des Lettres de Toulouse et soutint une thèse de docteur ès lettres sur la valeur éducative des mathématiques. Il aurait même, d'après une tradition, concouru avec succès aux Jeux floraux ; mais, s'il a concouru, ce qui serait une preuve de plus de ses goûts littéraires, il n'a dû obtenir que quelque modeste mention, car les palmarès du temps ne portent pas trace de son succès.

Docteur ès lettres, la médecine l'attira, au point qu'il se fit inscrire à l'Ecole de Médecine de Toulouse et qu'après cinq ans d'études régulières, il fut reçu docteur à l'âge de vingt-huit ans, en 1773 ; ce fut le Pinel médecin, qui, sous

le nom de nosographie, devait écrire un traité justement célèbre de médecine générale.

Il y eut alors un Pinel naturaliste, qui alla s'asseoir sur les bancs de l'Ecole de Médecine de Montpellier, écrivit de savants mémoires de mécanique animale et parut, un moment, fixé pour toujours par les études de botanique et de zoologie ; c'est le même, qui devait concevoir plus tard une classification des maladies inspirée dans ses principes par la classification de Linné et faire partie de la section de zoologie à l'Académie des Sciences, en remplacement de Cuvier, devenu secrétaire perpétuel.

L'aliéniste dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire a donc appartenu, non seulement à la Psychiatrie mais à la Médecine générale, à la Philosophie, à la Théologie, aux Sciences de la nature ; et, si l'on en croit une anecdote que je ne garantis pas, mais qui doit bien valoir, en fait d'authenticité, la plupart des anecdotes historiques, il appartiendrait à la Critique des textes, encore qu'involontairement et par une aventure dont il aurait été la victime.

Comme il relisait les dernières épreuves d'un article où il préconisait à l'égard des aliénés sa thérapeutique humanitaire, il s'aperçut qu'une longue citation par où se terminait l'article n'avait de guillemets qu'au début et à la fin. Pour éviter toute confusion dans l'esprit des lecteurs, il écrivit après la dernière ligne : « Il faut guillemeter avec soin tous les alinéas » ; mais il négligea d'entourer cette note du trait de plume protecteur qui devait l'isoler du texte et la défendre contre l'impression. Le typographe qui déchiffra mal s'efforça d'interpréter selon le contexte et il imprima bravement, comme conclusion de l'article : « Il faut guillotiner avec soin tous les aliénés. »

Comment choisir entre tant de Pinel ? J'ai choisi celui dont je n'ai pas parlé encore, le psychologue, non seulement parce qu'il m'attirait particulièrement, mais parce qu'il éclaire et fait mieux comprendre l'aliéniste que cette séance a pour objet d'honorer.

Maurice de Fleury vous a dit quel aliéniste cet aliéniste a été et comment il a subi l'influence très heureuse de l'Anglais Cullen qu'il avait traduit. Je voudrais dire ce qu'il doit à Locke et à Condillac qu'il avait sans doute médités pour la première fois sous les ombrages du collège de Lavaur et dont il s'est proclamé si souvent le débiteur intellectuel.

Tous ses biographes se sont plu à louer son goût pour l'observation, sa méfiance à l'égard de l'hypothèse et sa



prudence scientifique. On peut constater cette prudence dans la préférence qu'il a toujours donnée à la psychologie sur la philosophie et au fait, au modeste fait, sur tous les systèmes.

Assurément, il admire Descartes dans les règles de sa méthode, dans son doute méthodique et dans sa philosophie ; mais il ne parle guère des applications du mécanisme cartésien aux sciences de l'homme que pour protester contre les simplifications séduisantes et faciles par lesquelles les successeurs de Descartes ont cru pouvoir résoudre les problèmes de psychologie, de physiologie et de pathologie. « On a voulu, écrit-il en citant d'Alembert, réduire au calcul jusqu'à l'art de guérir, et le corps humain, cette machine si compliquée, a été traité par nos médecins algébristes comme la machine la plus simple et la plus facile à décomposer.

« C'est une chose singulière de voir ces auteurs résoudre d'un trait de plume des problèmes d'hydraulique et de statique capables d'arrêter, toute leur vie, les plus grands géomètres. »

Pour des raisons strictement scientifiques, il est, dans une assez large mesure, en réaction contre la physiologie cartésienne de Borelli et contre la pathologie cartésienne de Boheraave.

S'il malmène Brown et Darwin, le grand-père du naturaliste, s'il les accuse l'un et l'autre d'avoir professé, ni plus, ni moins, une philosophie délirante, c'est parce qu'il retrouve chez tous les deux trop de métaphysique et notamment chez Darwin, un mécanisme matérialiste qui, voulant englober les faits de pensée, dépasse d'autant le mécanisme de Descartes.

C'est un positiviste avant l'heure que notre premier aliéniste et quand il se tourne vers Locke et vers Condillac, ce n'est pas pour se demander, avec l'un, si nous avons ou non des idées innées, ou avec l'autre si toutes nos fonctions mentales dérivent ou non de la sensation transformée. Dieu merci ! pense-t-il, on peut être bon aliéniste sans poser des questions pareilles et il ne les pose pas.

Qu'a-t-il donc demandé à ses deux maîtres, et qu'en a-t-il obtenu de si rare pour déclarer, comme il l'a fait maintes fois, qu'un aliéniste s'expose à faire une œuvre vaine s'il ne commence pas par méditer leurs écrits ?

Une tentation aurait pu lui venir comme elle était venue à d'autres de tirer de la psychologie de ses maîtres une doctrine de clinique mentale et d'y plier tant bien que mal quelques faits en laissant échapper les plus résistants.

C'est très exactement ce qu'avait fait un contemporain, l'aliéniste anglais Arnold, lorsqu'il avait tiré de la psychologie de Locke une doctrine fragile de pathologie mentale où il distinguait une aliénation correspondant aux idées nées de la sensation (ideal-insanity) et une aliénation correspondant aux idées nées de la réflexion (notional-insanity). Pinel avait un sens trop aiguë des réalités et des complexités de la clinique, il savait trop combien de causes mentales et organiques, constitutionnelles et adventices associent leurs influences dans une maladie mentale pour croire qu'on pût tirer de la simple analyse de l'esprit normal une théorie de l'aliénation. Il n'a jamais suivi l'exemple d'Arnold.

Locke et Condillac eux-mêmes avaient cédé à la tentation, et par la force de la logique, par l'application de leurs idées directrices, ils avaient essayé de résoudre cette question de la folie, exposée, plus que toute autre, de par sa complexité, suivant les expressions mêmes de Pinel, à des divagations éternelles.

Les deux philosophes avaient pensé, l'un après l'autre, avec une audacieuse ingénuité, que la folie — et par ce mot, ils entendaient surtout les délires — s'explique par le fait qu'une impression subite et violente a déterminé entre les idées logiquement incompatibles une sorte de liaison forcée qui gouverne dès lors l'esprit et provoque sa déraison. C'est l'aliénation mentale expliquée par l'association des idées.

Pinel n'est pas dupe de ces explications aussi superficielles que systématiques. Il ne s'y arrête que pour les critiquer, et il ne manque pas d'opposer à ses deux psychologues les cas de perversions instinctives, qu'il appelait *manies sans délire*, où des désordres de l'instinct se manifestent sans association d'idées illogique ou forcée et même antérieurement à toute espèce d'association d'idées ou de raisonnement. Ce qu'il a pris chez Locke et chez Condillac, ce n'est pas une conception philosophique et lointaine de l'aliénation, c'est sa psychologie tout entière.

Il n'est pas d'aliéniste qui ne fasse de la psychologie. Tous préludent à leurs diagnostics cliniques par la sémiologie, et la sémiologie c'est de la psychologie pathologique. Quelques-uns même font aujourd'hui à la psychologie une place plus grande encore ; ils lui ouvrent la clinique et voient, dans la plupart des maladies mentales, les déformations d'un instinct sexuel mal évolué et réalisé en symboles souvent assez déconcertants ; mais tous font de la psychologie et il ne saurait en être autrement. Pinel, qui n'a pas prévu la psychoanalyse, appartient seulement à la première catégorie. Ce

qu'il demanda à Locke et à Condillac, ce fut un bon vocabulaire, une bonne classification des faits psychologiques et des définitions précises.

Il se mit à leur école, il fut leur élève, leur bon élève, et quand on lit sa sémiologie, on voit très facilement qu'en étudiant les altérations de la sensibilité physique, de la perception, de l'attention, du jugement, de l'imagination, de l'affectivité, du caractère, il définit et conçoit toujours les fonctions normales d'après les remarquables analyses qu'il a trouvées dans les *Essais sur l'Entendement humain*, dans le *Traité des Sensations*, dans le *Traité de l'origine de nos connaissances* et même dans *L'Art de penser*.

Quand il parle des lésions de jugement, qu'il assimile au discernement, il a manifestement dans l'esprit le chapitre de Locke sur la faculté de discerner les idées différentes ; quand il parle de la perception, de l'imagination, de la mémoire, c'est d'après les définitions de Condillac, tout en rappelant en passant qu'il ne le suivra pas dans sa généalogie sensualiste des fonctions mentales. Et ainsi de suite.

Il a pris son bien où il le trouvait, dans deux psychologies assez voisines l'une de l'autre, et s'il a été un grand aliéniste, s'il nous a laissé un traité de l'aliénation où une sémiologie précise précède et prépare une nosographie très clinique, c'est pour une large part à son information de psychologue qu'il doit ce résultat.

Mais il ne s'est pas borné à s'armer d'une bonne psychologie pour faire une bonne sémiologie. Il a vu quel admirable champ d'expérience la pathologie mentale offrait au psychologue en lui présentant, toute faite et réalisée par la nature elle-même, une analyse de l'esprit autrement sûre et féconde que l'analyse conventionnelle tentée par Condillac. « On sait, dit-il, que Condillac, pour mieux révéler par l'analyse l'origine de nos connaissances, suppose une statue animée et successivement douée des fonctions de l'odorat, du goût, de l'ouïe, de la vue et du toucher, et c'est ainsi qu'il parvient à indiquer les idées qui doivent être rapportées à des impressions diverses. N'importe-t-il pas à l'histoire de l'Entendement qu'on puisse considérer isolément ces différentes fonctions (mémoire, jugement, réflexion, etc.) avec les altérations dont ces fonctions sont susceptibles ? Un accès de folie offre toutes les variétés qu'on peut rechercher par voie d'abstraction. Tantôt ces fonctions sont toutes ensemble abolies, affaiblies ou vivement excitées pendant les accès. Tantôt cette altération ou perversion ne tombe que sur une d'entre elles. »

Par cette utilisation psychologique de la maladie mentale Pinel a très nettement montré et, dans une assez large mesure, ouvert la voie où Ribot et ses élèves devaient s'engager plus tard.

On lui fait avec raison un mérite très particulier d'avoir, dans ses conceptions psychiatriques, et en dépit de la psychologie empiriste et sensualiste de son temps, reconnu et proclamé l'importance de la prédisposition et de l'hérédité. Il a attribué, en effet, dans l'étiologie des affections mentales, une part considérable à ce qu'il appelait la sensibilité individuelle ; il a cité et pleinement approuvé tout ce que son illustre disciple Esquirol a écrit des dispositions primitives et il a fait, sur l'aliénation originaire ou héréditaire, des observations nombreuses.

On peut regretter cependant qu'il ne soit pas allé plus loin dans ce sens.

Il y a dans ce *Traité de Psychiatrie*, par où s'ouvre la période moderne de la pathologie mentale, trop de cas d'aliénation où de prétendues causes extérieures sont mises sur le même rang que les causes individuelles et profondes ; il y en a trop aussi où il n'est question que de ces prétendues causes extérieures, et l'histoire d'un malheureux jeune homme qui abusa de quelques excitations artificielles est très représentative à cet égard.

« Un jeune homme distingué, d'ailleurs pourvu de talents et de connaissances profondes en chimie, méditait depuis quelque temps une découverte qui devait, selon lui, le conduire à une grande fortune. Son imagination s'exalte ; il se détermine à rester plusieurs jours enfermé dans un laboratoire, et, pour mieux s'exciter au travail, éloigner le sommeil et s'élever à la hauteur du projet qu'il médite, il prépare des stimulants de diverses sortes ; une jeune chanteuse partage sa retraite ; il fait un usage répété de liqueurs fortes ; il flaire tour à tour des substances odorantes et le muriate oxygéné de potasse ; il va même jusqu'à faire des arrosements fréquents dans son laboratoire avec ce qu'on appelle Eau de Cologne. On imagine combien l'action combinée de ces moyens, réunie à la chaleur d'un fourneau de réverbère, était propre à porter au dernier degré d'excitation ses facultés physiques et morales. »

Comme vous le prévoyez, messieurs, l'infortuné ne résista ni aux liqueurs fortes, ni au muriate oxygéné de potasse, ni aux émanations de ce qu'on appelle Eau de Cologne, ni à la jeune chanteuse et il fit au bout de quelques jours un délire maniaque furieux ; mais tous les aliénistes croiront avoir

des raisons sérieuses de penser qu'il avait déjà commencé son accès quand il s'enferma dans son laboratoire, que les causes invoquées pour expliquer cet accès n'en étaient que les premiers symptômes et que quelques mots sur la constitution ou l'hérédité du malade auraient bien fait ici notre affaire.

Pinel, en dépit de la place qu'il fait à la « prédisposition native », a peut-être subi plus qu'il ne pensait l'influence de l'empirisme et du sensualisme qui triomphait encore de son temps.

Il n'en a pas moins fait, grâce à la psychologie et pour la psychologie, du bon travail dont nous bénéficions tous. Il a montré, par l'exemple, quels services peut rendre à la psychiatrie la psychologie dans l'étude des fonctions altérées ; il a fait de la bonne psychologie pathologique en même temps que de la bonne clinique mentale et je m'acquitte d'un devoir de reconnaissance en lui apportant, en ce jour, l'hommage des psychologues.

Il paraît que ses contemporains ne l'appelaient que ce « bon Monsieur Pinel ». Cette appellation familière ne semble pas indiquer qu'ils lui aient attribué du génie. Ils n'ont dit en effet, ni « ce bon Monsieur Jean-Jacques », ni « ce bon Monsieur de Voltaire », ni « ce bon Monsieur de Chateaubriand ».

A tout le moins, ont-ils été unanimes à lui reconnaître autant de bon sens que de bonté, ce qui était beaucoup dire et ce qui suffit amplement pour que votre compagnie ait tenu à évoquer aujourd'hui son grand souvenir.

#### La médecine de Pinel à Vulpian, par M. Ch. ACHARD.

Quel temps fut-il jamais plus fertile en célébrations de centenaires ? Pourquoi notre présent agité se complait-il au spectacle apaisant du passé ? Serait-ce pour détendre un instant son esprit que les conditions de la vie moderne présentent toujours davantage de porter ses regards vers l'avenir ? Ne serait-ce pas plutôt pour le secret orgueil de vanter les progrès accomplis en un siècle dans toutes les manifestations de l'activité humaine ?

Notre Académie, du moins, dans cette évocation des plus illustres de ses membres, ne saurait voir une nouveauté. Dès son origine elle leur a voué le culte du souvenir, qu'elle célèbre en des séances annuelles. Mais depuis plusieurs années, obéissant au goût du jour, elle y ajoute volontiers quelques cérémonies d'apparat qu'elle consacre au cente-

naire de ses plus glorieux ancêtres. Elle y trouve l'occasion profitable de tirer quelques leçons toujours utiles et souvent réconfortantes d'une histoire qui, sous des formes un peu variées, se recommence perpétuellement.

Le centenaire d'un grand homme rappelle tantôt la naissance et tantôt la mort du personnage. Aujourd'hui le hasard, qui souvent fait bien les choses, nous procure la fortune singulière de commémorer en même temps ces deux extrêmes. Il y a cent ans à peu près, Pinel quittait ce monde et Vulpian y faisait son entrée. Faut-il, reportant notre pensée à cent ans en arrière, donner à la fois, tels les deux cortèges se croisant à l'église, une larme au défunt et un sourire au nouveau-né ? Ce serait assurément trop peu, et pour l'un et pour l'autre. La mort de Pinel, c'était la mise au tombeau d'une génération qui avait marqué une époque médicale, et la naissance de Vulpian, c'était l'avènement plein de promesses d'une autre génération qui devait aussi marquer dans l'histoire de la médecine une époque nouvelle. Mais de l'une à l'autre, que de changements dans notre science !

Au temps où professait Pinel, la médecine reposait entièrement sur l'observation et l'hypothèse. La première constatait des faits, des symptômes principalement, que la seconde interprétait. Il va sans dire que l'hypothèse, que chacun peut habiller à sa guise, avait pour la plupart des médecins des charmes plus séduisants que la recherche patiente de faits intangibles. Mais l'interprétation fournie par l'hypothèse était le plus souvent erronée, car les désordres anatomiques de la maladie n'étaient que très imparfaitement définis et ceux des fonctions n'étaient guère connus, les fonctions elles-mêmes étant encore fort mal étudiées. Enfin l'interprétation des uns et des autres ne pouvait être que fragile, les causes en étant pour la plupart ignorées. Sans doute quelques esprits perspicaces entrevoyaient-ils déjà, parmi les principales de ces causes morbides, les altérations chimiques des humeurs et les miasmes ou virus venus du dehors. Mais deviner n'est pas savoir : deviner, c'est supposer et, pour savoir, il faut prouver.

Prouver, à cette période de la médecine, c'eût été reconnaître les lésions des organes et montrer les symptômes qu'elles entraînaient. C'eût été reconnaître les troubles des fonctions et les symptômes qui en dépendaient. C'eût été enfin reconnaître les causes pathogènes et la façon dont elles produisaient ces lésions d'organes et ces troubles de fonctions.

Reconnaître les lésions des organes et expliquer par ces lésions une série de symptômes, ce fut l'œuvre de Laënnec et de la méthode anatomo-clinique dont la création demeure son plus beau titre de gloire.

Au temps où brillait Laënnec, Pinel avait terminé sa tâche et, chargé d'années, il lui survivait. Mais déjà Magendie s'essayait à diriger la médecine dans la voie de l'expérimentation physiologique. C'est à son disciple Claude Bernard qu'il était réservé de faire bientôt de la physiologie une vraie science et de la pathologie la physiologie de l'être malade. C'est ensuite que Vulpian, s'engageant dans le sillon nouvellement tracé, accomplit à son tour une œuvre féconde.

Si Vulpian fut à la fois physiologiste et médecin, Pinel fut surtout naturaliste et médecin.

Esprit encyclopédique, à une époque où l'intelligence humaine affinée par une forte culture classique, pouvait encore embrasser l'ensemble du savoir humain autrement que dans une vision lointaine qui n'en laisse apercevoir que les contours, il s'efforça d'appliquer à la médecine la méthode alors en grande faveur dans les sciences naturelles. Les classifications de Linné hantaient toujours les naturalistes. On s'attachait à les perfectionner par la connaissance de caractères distinctifs, tant chez les plantes que chez les animaux. Si l'on cherchait à déterminer les particularités anatomiques des êtres vivants, c'était surtout pour distinguer ces êtres entre eux et les répartir en des espèces naturelles. Les découvertes retentissantes de Cuvier, en créant la paléontologie, avaient même donné le moyen de reconstituer dans un passé lointain, à l'aide de caractères anatomiques, une classification d'êtres à jamais disparus.

Plus d'une fois les médecins avaient tenté de faire pour les maladies ce que les naturalistes faisaient pour les êtres organisés. Les plus vieilles traditions médicales n'envisageaient-elles pas la maladie comme une sorte d'être malfaisant qui s'emparait du corps ? Sydenham, Ganbuis, d'autres encore avaient imaginé des classifications en quelque sorte linnéennes des espèces morbides. Mais c'était surtout Boissier de Sauvages qui avait poussé ce système à l'extrême, y comprenant 10 classes, 44 ordres et 315 genres de maladies.

Pinel simplifia. Sa classification, donnée pour la première fois dans sa *Nosographie philosophique* en 1798, prenait pour base les altérations des organes et des fonctions, ce qui était une vue très juste. Il classait, par exemple, les phlegmasies suivant les organes qu'elles frappaient. Même

dans les maladies sans lésions connues, qu'on appelait alors les fièvres essentielles, il prenait pour principe de leur distinction moins les caractères apparents des symptômes que la localisation du trouble principal : la fièvre angioténique ou inflammatoire représentait à ses yeux une inflammation du système vasculaire ; la fièvre méningo-gastrique ou bilieuse, une altération de l'appareil digestif. La fièvre hectique était pour lui symptomatique de lésions d'organes, et la fièvre puerpérale n'était que l'ensemble des complications fébriles chez les accouchées. N'étaient-ce pas encore des vues très judicieuses ?

Aussi n'en est-il que plus curieux de voir comment, quelques années plus tard, Laënnec, jeune encore, il est vrai, et élevé à l'école rivale de Corvisart, jugeait dans le *Journal de médecine* (1), cette classification de Pinel : « Il me semble, écrivait-il, qu'il est beaucoup plus simple et plus naturel de ne reconnaître qu'un seul genre de fièvres, divisé en deux espèces, l'intermittente et la continue, qui peuvent être tantôt essentielles ou idiopathiques, tantôt symptomatiques, qui peuvent enfin être simples ou compliquées d'état inflammatoire, d'affection bilieuse, ou de tous les symptômes graves dont la réunion constitue ce qu'on a appelé la putridité et la malignité, et qui peuvent être isolés ou réunis. »

Pourtant les idées de Pinel avaient déjà porté leurs fruits. C'est en lisant sa conception des phlegmasies des tissus que l'illustre créateur de l'Anatomie générale avait conçu le *Traité des membranes*. Une étincelle de son génie avait allumé celui de Bichat, pouvait dire Dupuytren dans son éloge de Pinel.

Classer les maladies ne fut pas pour Pinel le but de son activité médicale, comme tendait à le faire croire l'appréciation peu bienveillante et souvent reproduite de Dubois (d'Amiens), l'accusant d'estimer « plus utile et plus urgent d'assigner à une maladie sa véritable place dans un cadre nosologique que d'en trouver le remède : assertion assez étrange, accentue le satirique écrivain, et qui devait être sans doute beaucoup plus du goût des savants que du goût des malades ». Or, bien loin de se désintéresser de la thérapeutique, Pinel s'appliquait à l'améliorer en la débarrassant de pratiques inopportunes. Il répugnait « à la polypharmacie et à l'entassement arbitraire des objets de matière médicale ». Il s'élevait contre l'abus des saignées. Il atta-

(1) *Journ. de médecine*, juin 1806, t. XI, p. 709.



chait une grande importance à l'hygiène du corps. Ennemi des systèmes, également éloigné des excès de l'humorisme et du solidisme, il n'admettait qu'une thérapeutique prudente et adaptée à la maladie et au malade.

Si Pinel est connu du grand public pour avoir, selon le style pompeux de l'époque, brisé les fers des aliénés, c'est surtout par sa *Nosographie philosophique* qu'il reste vivant dans le souvenir des médecins.

Qu'est devenue depuis ce temps la classification des maladies ? Aujourd'hui, dans nos traités classiques, les fièvres n'ont pas disparu, mais elles forment une partie importante des maladies infectieuses, avec les fièvres éruptives alors classées au nombre des maladies de la peau. Les inflammations se sont conservées avec leurs divisions anatomiques, plus que jamais consacrées par l'école anatomo-clinique, avec cette différence toutefois que, à la division selon les systèmes et tissus, s'est substituée une division selon les organes : changement qui n'est guère préférable et qui tend à rétrécir les vues du clinicien en les concentrant d'une manière un peu trop exclusive sur un seul et même organe. Les hémorragies aussi, groupées par Pinel, se sont, dans nos traités de pathologie spéciale, éparpillées entre les divers organes qui en sont le siège. Les névroses ont été heureusement remaniées par la séparation d'un grand nombre d'affections nerveuses dont on a reconnu les lésions. Enfin les altérations organiques se sont réparties parmi les affections des organes en particulier.

C'était une notion de pathologie générale que Pinel mettait à la base de sa classification. Aujourd'hui nous séparons la pathologie générale de la pathologie spéciale et, dans celle-ci, les divisions sont fondées sur l'anatomie principalement. Côte à côte nous rangeons des maladies fort différentes dans leur essence : la pneumonie et le cancer du poumon, l'emphysème et l'infarctus. L'asthme voisine avec la coqueluche. Nous mélangeons lésions d'organes et troubles de fonctions. Tandis que la cause pathogène est notre guide pour la classification des infections, c'est l'organe malade ou qui nous paraît principalement malade qui nous sert de base pour la classification de presque tous les autres états morbides. C'est le trouble nutritif apparemment prédominant que nous classons comme une maladie de la nutrition.

Certes, on ne peut dire que nos classifications actuelles soient logiques ni ordonnées. C'est peut-être un tort de négliger comme nous faisons cet élément de clarté qu'est une classification rationnelle et de laisser par là nos livres clas-

siques fâcheusement en retard sur l'évolution des idées médicales. Une vue un peu plus générale ou, si j'osais employer un terme quelque peu prétentieux, un peu plus de philosophie ne messierait pas aujourd'hui à notre nosographie.

Bien différente est l'œuvre de Vulpian, et bien différente aussi son époque.

Lorsqu'il entra dans la carrière, la médecine, sortie des spéculations dogmatiques, est en possession déjà de données positives pour l'interprétation des symptômes. Elle sait observer des lésions ; elle s'essaie à compléter leur étude au moyen du microscope, et Vulpian contribue pour sa part à ce perfectionnement nécessaire. Mais surtout la médecine utilise les expériences nouvelles des physiologistes pour expliquer les désordres de la maladie, et c'est à cette tâche que Vulpian consacre toute sa vie de savant et de chercheur.

A cette époque, la physiologie n'avait jamais cessé d'être principalement médicale. Celui qui la personnifiait avec éclat, Claude Bernard, avait fait des études de médecine et, s'il ne pratiquait point notre art, il n'était point étranger à la clinique, ayant été interne des hôpitaux. Son maître Magendie, médecin de l'Hôtel-Dieu, avait été médecin plus encore que physiologiste. Vulpian pareillement fut surtout médecin. Claude Bernard avait bien vu que c'était la médecine qui posait le plus grand nombre des problèmes que la physiologie s'efforçait à résoudre, et il faut bien reconnaître qu'il avait beaucoup mieux réussi, partant d'une donnée médicale, à faire des découvertes physiologiques qu'à résoudre des problèmes cliniques avec les données de la physiologie. Au contraire Vulpian fit constamment l'application des faits de la physiologie à l'interprétation clinique. Sous ce rapport on peut dire qu'il compléta de très heureuse façon l'œuvre de Claude Bernard.

Si, en ce temps, la physiologie ne se séparait guère de la médecine, les choses aujourd'hui ont certainement changé ; mais s'il y a plus de physiologistes étrangers à la médecine, c'est encore bien souvent à des problèmes intéressant la médecine que s'emploient leurs efforts.

Effacé quelque peu par la splendeur de Claude Bernard, le mérite de Vulpian, aux yeux éblouis de ses contemporains, a souffert de ce voisinage. Dans le magnifique essor de la physiologie au XIX<sup>e</sup> siècle, son œuvre n'apparaît qu'au second plan ; mais si Vulpian n'a pu briller qu'au second rang, il ne se fût nullement effacé au premier si le sort l'y eût placé.

Son œuvre a, d'ailleurs, son cachet propre. Claude Bernard s'est adonné surtout à la physiologie générale, Vulpian à la physiologie pathologique. En cela il se rapproche de Charcot qui, au vrai, fut plus exclusivement clinicien, mais qui, avec grand succès, se voua de même à l'interprétation des désordres morbides par les données de l'anatomie pathologique et de la physiologie. Tous deux furent des neurologistes de la première heure, comme aussi Brown-Séquard qui sut allier avec le même bonheur la physiologie et la médecine. Saluons dans une commune admiration ces trois grands noms que la vie avait rapprochés dans le temps et unis par les liens d'une mutuelle estime et d'une collaboration féconde. Ils ont fait de la neurologie une création presque entièrement française. Et notons que c'est en grande partie par la neurologie que la physiologie a pénétré la médecine.

Clinicien, anatomo-pathologiste, expérimentateur, également brillant dans ces trois disciplines, Vulpian eut le mérite, rare encore à cette époque, de réunir en soi, en un solide et harmonieux trépied, ces trois compétences qui sont devenues les attributs nécessaires du grand médecin.

En s'attachant à l'interprétation physiologique des troubles de la maladie, Vulpian ne se laissa jamais aller à la séduction de l'hypothèse facile. Les nerfs vaso-moteurs, dont il fit une étude demeurée classique, étaient pourtant une matière qui se prêtait aisément aux interprétations hypothétiques, et certains n'ont pas manqué d'en user ainsi. Ce fut à une certaine période, par des actions réflexes et vaso-motrices qu'on tenta d'expliquer nombre de désordre, un peu comme avait fait Broussais par l'irritation et la gastro-entérite. Vulpian évita soigneusement cet écueil. « J'ai toujours lutté, pour ma part, dit-il dans sa préface (1), contre cette déplorable tendance à appliquer d'une façon prématurée à la pathologie les données encore incertaines de la physiologie expérimentale. La plupart des assertions qu'on émet ainsi, sans aucune espèce d'esprit critique, sont d'ailleurs absolument dénuées de preuves : ce sont des conceptions de cabinet comme chacun peut en imaginer à plaisir. »

La probité scientifique de Vulpian se rehaussait de la conscience qu'il apportait à remplir tous ses devoirs. En cela, comme par sa bonté, sa modestie et son désintéressement, il peut être rapproché de Pinel. Et si de nos jours la vie de ces deux hommes illustres eût été mise en parallèle, un

---

(1) *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, Paris, 1875, Préface, p. xi.

Plutarque n'eut pas menti qui eût loué dans l'un et l'autre ce qui fait la vraie noblesse du médecin : savoir le vrai pour faire le bien.

Discours de M. Herriot

*Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts*

MESDAMES, MESSIEURS,

Le Gouvernement désire être présent dans les diverses cérémonies où sont célébrés nos grands médecins ou chirurgiens parce que, grâce à l'ampleur de leurs esprits et de leurs œuvres, ils ont agi bien au delà du domaine restreint où se meut l'activité purement professoinnelle. Leur gloire devient une part de la gloire nationale. Après Laënnec, voici que Pinel et Vulpian nous ramènent dans cette salle, étroite mais illustre, dont on pourrait dire, en style du XVIII<sup>e</sup> siècle, qu'elle est un temple dédié à la Science, gardé par la courtoisie.



Devant des hommes qui savent, il n'est pas de meilleure politesse que la discrétion. Et, par exemple, même si l'on discerne l'importance d'un labeur comme celui de Vulpian, si l'on croit sentir tout ce qu'il a su amasser d'expérience au chevet du malade comme au laboratoire, si l'on est frappé de l'étendue et de la variété des observations qui le conduisent aux idées générales les plus fécondes, on hésite à risquer un jugement auquel manquerait l'autorité de la technique, surtout après les exposés si riches de MM. les professeurs Gley et Achard, après l'éloge adressé à son maître par M. le professeur Hayem, en un discours si émouvant d'allègre jeunesse.

On se sent un peu moins gêné avec Philippe Pinel. Lui-même, il se disait à la fois médecin et philosophe. Or, les philosophes apparaissent comme les agents de liaison entre les savants et les lettrés ; on peut discuter leurs théories sans trop de risque. M. Maurice de Fleury vient de nous tracer un saisissant tableau de ce qu'étaient les geôles de fous avant la réforme que vous commémorez. Et Pinel, qui a tant combattu les *humoristes*, ne se doutait pas que, parlant de lui, M. Georges Dumas nous ferait connaître un humorisme médical, charmant, sans dommage pour la fermeté de la pensée.

En vérité, nulle figure ne fut plus attrayante, plus rayonnante que celle du « bon Pinel ». On l'entrevoit formant

son esprit dans une de ces maisons du XVIII<sup>e</sup> siècle où le christianisme et le paganisme faisaient bon ménage. Est-il vrai que, s'il eût poursuivi dans la carrière ecclésiastique, il y eût connu les dignités ? Ne fût-il pas demeuré plutôt un modeste apôtre ? Toujours est-il qu'il a retenu de cette éducation comme un sincère évangélisme et le goût de la bienfaisance. A sa culture classique, il doit les larges connaissances et l'ouverture de son esprit. Comme Laënnec, il s'attache à Hippocrate, non par goût d'une vaine érudition, mais parce qu'il rencontre chez le père de la médecine grecque les premiers principes de la méthode critique, les premières applications de la raison à l'art de guérir. Historien, il aimait Tacite et l'on nous enseigne qu'il avait travaillé à une étude sur Louis XI. Pour le caractère, il ressemble à un personnage de Sedaine. Ce brave homme est, d'ailleurs, un homme brave ; non seulement il abrite Condorcet, mais il protège contre les excès ses pauvres malades des prisons de Bicêtre.

Lorsque Pinel, aux environs de 1780, commence à dégager sa personnalité, Voltaire et Rousseau viennent à peine de mourir. Leur influence emplit et domine les esprits. Le siècle a développé le goût de l'encyclopédie ; la science et les lettres sont pratiquées avec la même ferveur. Le *Journal*, rédigé par l'Abbé Rosier, où Pinel déposera certains de ses écrits, publie tout ensemble des observations sur la physique, sur l'histoire naturelle et sur les arts. Le futur réformateur manifeste la variété de ses aptitudes. Il se consacre à des recherches anatomiques ; pour preuve, ses travaux sur les luxations. Il se passionne pour la zoologie au point d'être jugé digne de succéder à Cuvier. Mais, son originalité, il la doit surtout à sa connaissance des mathématiques. N'ira-t-il pas jusqu'à vouloir appliquer à la guérison des aliénés le calcul des probabilités ? Son mémoire de 1787 à l'Académie des Sciences prétend appliquer des règles mathématiques à l'examen du corps de l'homme. A l'extrême fin du siècle, sa *Nosographie philosophique* se présente comme un *Discours de la méthode médicale*. Elle se fonde sur l'analyse. Un lecteur qui, tour à tour, étudierait cet ouvrage et l'*Introduction* de Claude Bernard à la *Médecine expérimentale* se donnerait, semble-t-il, une idée assez exacte de la transformation de la méthode médicale en un siècle.

Est-ce à dire, — ce qui serait grave, — que Pinel se borne à déduire, à abstraire, à projeter des notions idéales sur la réalité ? Les jugements portés sur lui par Esquirol, les discours que nous venons d'entendre nous rassurent. Pinel a su

établir le lien qui unit certaines maladies et certaines lésions. Son discours inaugural de l'an XIV rappelle le médecin à la nécessité de l'observation.

Au reste, ce cartésien, ce logicien, avait au plus haut degré le sens social, à la manière des plus grands de ses contemporains. De là, sans doute, la raison qui l'a conduit à se vouer aux malades des plus pitoyables ; de là cette révolution qu'il a introduite dans le traitement des aliénés. Voilà son titre essentiel à notre admiration, à la reconnaissance humaine. En parcourant les nombreux ouvrages de Pinel sur la manie, comment ne pas faire un retour en arrière ? Comment ne pas évoquer les drames qu'a pu causer la méconnaissance de la folie, tant d'erreurs judiciaires qui, croyant frapper des coupables, n'atteignaient que des malheureux ? Pinel étudie toutes les formes de l'aliénation, y compris cette mélancolie qui pousse tant de gens au suicide. C'est le temps où agit l'exemple de Werther. Dans Ermenonville, non loin du tombeau où fut enfermé Jean-Jacques, un bois funèbre atteste par ses tombes le nombre des malheureux qui ont cédé à la contagion. Pinel, combattant avec courage les préjugés et les routines, demande la pitié pour tous les délirants. Il les confie à la science ; il leur donne un statut moral et réclame déjà pour eux ce statut juridique aujourd'hui encore inachevé.

C'est par là qu'il a su ennoblir sa retraite de Bicêtre. On l'aperçoit, à la fin de ses jours, vivant aux champs comme le vieillard de Tarente, appelant à lui ses élèves, ses amis. Son action n'est pas épuisée. Lorsque l'on observe la place considérable que garde encore l'aliénation mentale, lorsque l'on constate que les asiles réservés aux déments absorbent une part des ressources que l'on voudrait consacrer aux enfants, aux nourrissons ; lorsque l'on voit que nous n'avons pas su encore agir efficacement sur les causes de ce mal, on appelle un nouveau Pinel qui saura faire, pour la prévention de ce fléau, ce que le maître de la Salpêtrière a fait, jadis, pour sa définition ou pour sa cure. Pinel enseigna aussi la vertu de l'hygiène, cette forme physiologique de la sagesse. Son œuvre ne cessera, nous l'espérons, d'être enrichie. Telle qu'elle est elle commande l'hommage le plus sincère. Elle prouve, une fois de plus, la force de l'intelligence. Mais elle démontre aussi tout ce qu'il peut y avoir de génie dans la bonté.

## Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 Mai 1927

Présidence de M. LEROY, président

Psychose hallucinatoire datant de onze ans. Suspension des hallucinations depuis l'internement, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Chez une malade atteinte depuis onze ans de psychose hallucinatoire chronique, les hallucinations disparaissent sous l'influence de l'internement. Le sujet garde la conviction que ses hallucinations étaient dues à une action étrangère à sa personnalité ; il continue à les englober dans le même système explicatif que celui qu'il a imaginé sous leur influence. Les auteurs se demandent comment on peut expliquer cette brusque disparition des hallucinations si on admet, suivant les tendances actuelles, une base organique aux phénomènes hallucinatoires de la psychose hallucinatoire chronique. De plus, ce cas semble montrer que le délire de persécution qui, au cours de la psychose hallucinatoire semble créé par les hallucinations, peut exister sans être conditionné par les troubles sensoriels.

Constitution perverse ou héboïdophrénie, par M. P. GUIRAUD. — Le groupe des sujets appelés « fous moraux », pervers ou mieux antisociaux comprend plusieurs variétés au point de vue étiologique et même clinique. Une des plus nettes est l'héboïdophrénie qui, par bien des points, entre dans le cadre de la démence précoce de Kræpelin. A propos d'une observation l'auteur en dégage les caractéristiques cliniques qui sont : 1° *l'autisme morose* (perte de la joie de vivre, isolement, claustration, inquiétude hostile) ; 2° des accès de *demi-stupeur et d'excitation* ; 3° *la résistance violente négativiste* (opposition brutale aveugle et sans raison à des actes sans importance commandés par la discipline sociale) ; 4° les *occupations stériles stéréotypées* ; 5° *la lenteur motrice* et la distraction (par défaut d'intérêt pour l'activité courante). Les symptômes apparaissent souvent dès la première enfance. Ses tares héréditaires, en particulier l'hérédo-syphilis, paraissent jouer un certain rôle.

L. MARCHAND.

**Société de Psychiatrie**

Séance du 19 Mai 1927

**Maladie de Paget et troubles mentaux.** — M. A. MARIE présente un commotionné de guerre hypomaniaque atteint de maladie de Paget, en dehors de la spécificité. L'altération de la selle turcique est manifeste à la radio. Six pièces osseuses provenant d'aliénés pagétiques sont présentées à l'appui.

**Débilité mentale, troubles du caractère et débilité motrice chez deux sœurs jumelles. Atteinte dissimulée fruste du névraxe.** — MM. TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY présentent deux jumelles âgées de 40 ans, atteintes de débilité mentale et motrice de Dupré avec troubles du comportement et du caractère. On trouve chez les deux sœurs des signes frustes d'une atteinte disséminée des systèmes pyramidal, extrapyramidal et cérébello-labyrinthique. Il s'agirait donc d'une affection neuro-psychique congénitale, liée vraisemblablement à une névrite toxi-infectieuse disséminée d'origine intra-utérine plutôt qu'à une dysgénésie des voies centrales.

**Encéphalopathie syphilitique à forme paraplégique.** — M. TARGOWLA et Mlle SERIN présentent une malade atteinte de neuro-syphilis caractérisée par un syndrome humoral de type paralytique, des troubles psychiques rappelant le syndrome de Pierret-Rougier du tabès ; une amaurose par névrite optique bilatérale, une paraplégie en flexion d'origine cérébrale, un syndrome cérébello-thalamique dissocié du membre supérieur gauche, et une hémiparésie faciale gauche. La paraplégie est restée flasque pendant près de 5 ans. Les auteurs discutent la possibilité d'une ou plusieurs gommes, avec zones de ramollissement et d'œdème et celle d'une intensité plus grande des lésions inflammatoires dans certaines régions. Ils rapprochent ce fait d'un cas observé antérieurement où il existait de même des troubles psychiques non démentiels, une paraplégie en flexion de type cérébral et un syndrome humoral paralytique.

**Réponse à la critique de M. Ceillier sur ce qu'on appelle l'automatisme mental.** — M. HEUYER se refuse à rattacher l'automatisme mental, décrit par M. de Clérambault, à des conceptions psychologiques et métaphysiques. C'est un syndrome clinique ne s'appliquant qu'au malade. De même il est possible que dans son étymologie et sa signification psy-



chologique le terme d'A. M. ne soit pas à l'abri de toute critique. C'est sans importance si la description donnée par son auteur est un syndrome réel, vivant, constant. Or ce syndrome se rencontre dans différentes maladies mentales, aiguës, subaiguës, chroniques. La netteté de la description permet de le retrouver comme un fil directeur au milieu des symptômes les plus touffus d'une psychose chronique. Il facilite singulièrement l'examen des malades. Syndrome clinique il est d'origine organique. M. Heuyer soutient l'opinion de l'origine organique des maladies mentales. Pour lui seule cette notion a été génératrice de progrès en psychiatrie. Dans la transformation de l'obsession en délire d'influence, de la rêverie consciente en délire de rêverie, il fait intervenir le syndrome d'A. M. Le mentisme, élément de l'A. M., se rencontre dans de multiples états organiques, notamment dans un cas de tumeur cérébrale rapporté par l'auteur. Le syndrome d'A. M. est en psychiatrie l'analogue des syndromes cliniques de la médecine générale. Il a l'avantage de faire rentrer un certain nombre de maladies mentales dans le cadre des maladies générales.

Un cas de mutisme chez un enfant de 9 ans myopathique et ancien convulsif. Guérison du mutisme par la psychanalyse. — M. HEUYER et Mme MORGENSTERN présentent un enfant ayant été atteint de mutisme et n'entrant alors en communication avec le monde extérieur que par des dessins. Mme M. interpréta ces dessins dans un sens psychanalytique et l'enfant fut guéri. La pathogénie de ce mutisme reste d'ailleurs difficile à déterminer, car il faut tenir compte de l'arriération mentale et des troubles neurologiques (épilepsie et myopathie).

Cénesthopathie pure diffuse chez une malade à lombalgie douloureuse de la première sacrée avec spondylolisthésis. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et J. RAVIER se demandent si, dans le cas qu'ils rapportent, il n'y a pas un rapport indirect entre une affection articulaire et osseuse, cause de douleurs et la cénesthopathie. On conçoit que l'attention constamment fixée sur la sensibilité douloureuse, puisse favoriser des dysesthésies.

Schizophrénie évoluant à la suite d'une intervention chirurgicale (accident du travail). — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, P. KAHN et F. BOURGEOIS présentent un malade entré à la Pitié à la suite d'un épisode confusionnel ayant débuté après une intervention chirurgicale pour accident du travail.

- Progressivement apparut un état schizophrénique. Ce cas pose un important problème médico-légal d'autant plus délicat que ce sujet présentait avant son accident un caractère schizoïde l'ayant exposé à commettre des fautes professionnelles. D'autre part, le choc traumatique puis opératoire et le chloroforme ont fait entrer ce malade d'un seul coup dans la schizophrénie confirmée.

Un cas de démonopathie, type Berbiguier. — MM. LÉVY-VALENSI et ZOHN présentent une femme de 72 ans qui interprète des troubles cénesthésiques dans le sens d'une démonopathie.

Ce n'est ni une hallucinée, ni une influencée. Cette observation est calquée sur la célèbre auto-observation de Berbiguier, étudiée par M. Lévy-Valensi.

André CEILLIER.

## Société belge de Médecine mentale

Séance du 21 Mai 1927

Présidence du D<sup>r</sup> CUYLITS (Tournai)

M. ALEXANDER (Bruxelles). Mémoire d'évocation chez une aphasique. — Malade de 63 ans, ayant présenté il y a quelques mois de la désorientation et des troubles progressifs de la parole. Actuellement écholalie, persévération, apraxie. L'affectivité a une allure nettement puérile. Pourtant l'intelligence de la malade est moins atteinte qu'elle ne paraît à première vue. D'autre part, alors que la mémoire de fixation est très mauvaise, l'évocation de certains souvenirs reste possible. Ce fait, lorsqu'il est constaté, est important pour la rééducation du malade.

M. TITECA (Bruxelles). Un cas d'épilepsie atypique. — Les crises convulsives que présente le malade ont une allure atypique : la conscience est conservée au cours de la crise, il n'y a jamais eu d'émission involontaire d'urine après les crises, ces dernières ne se produisent pas lorsque le malade a un intérêt majeur à les voir disparaître, il présente enfin des secousses myocloniques qui peuvent précéder ou remplacer les crises. Ces manifestations sont-elles vraiment épileptiques ou bien a-t-on à faire à des crises pithiatiques ?

M. VERMEYLEN (Bruxelles). — Le malade n'a nullement l'allure d'un hystérique. Les auras et les équivalents myocloniques existent dans l'épilepsie vraie. Enfin la déclara-

tion du malade concernant la conscience pendant les crises est toujours sujette à caution, l'épileptique pouvant très bien ne pas se rendre compte qu'il perd conscience.

M. HOVEN (Mons). Quelques cas de psychoses post-encéphaliques. — Les troubles mentaux apparaissent chez l'adulte, soit au cours de l'évolution aiguë de l'encéphalite, soit lorsque la maladie a passé à la chronicité. Ce dernier cas est le moins fréquent et les formes mentales sont alors généralement atypiques.

Relation de quatre cas. L'auteur se demande si les troubles mentaux sont dus à l'encéphalite même ou si l'encéphalite ne fait que réveiller une prédisposition psychopathique latente. Beaucoup d'encéphalitiques ne font, en effet, jamais de troubles mentaux.

M. VERVAECK (Bruxelles) croit qu'il existe toujours des tendances psychopathiques antérieures.

M. MASSAUT (Lierneux) rappelle des cas qu'il a présentés et où il n'y avait aucun antécédent psychopathique décelable.

M. VERMEYLEN (Bruxelles). Chez l'enfant, même indemne de toute tare psychopathique apparente l'E. E. peut déterminer une véritable constitution perverse acquise. Dans la plupart des cas pourtant il y a une prédisposition décelable.

M. R. LEY (Bruxelles) demande si des traitements ont été essayés dans les cas relatés. Des cas semblent avoir eu une évolution très rapide.

M. NYSSEN (Anvers). Escroquerie morbide. — Bien souvent les médecins légistes ont de la difficulté à admettre que l'escroquerie puisse être un symptôme morbide parce que cet acte suppose de la réflexion, de la préméditation, de la volonté et qu'enfin il a un but utilitaire et égoïste. Cas d'un mythomane à crises comitiales émotives, du type de l'épilepsie affective de Bratz, qui a commis diverses escroqueries. Ce qui plaide dans ce cas en faveur d'un délit psychopathologique c'est : 1° l'aptitude élective à une seule et même activité délictueuse (escroquerie) en connexion avec la tendance mythomane ; 2° cette activité élective trouve son point de départ non dans la perversité, mais dans la vanité du sujet. Ces deux points permettent de considérer les escroqueries qu'il a commises comme les homologues des actes mythopathiques.

M. VERVAECK (Bruxelles) a examiné ce sujet. Pour lui il ne s'agit pas d'escroquerie morbide. Le sujet est un simulateur qui veut se faire passer pour irresponsable.

# VARIÉTÉS

---

## NÉCROLOGIE

F.-L. ARNAUD

Le 7 juin dernier, notre collègue et ami, F.-L. Arnaud, qui, bien que légèrement souffrant, avait assisté aux cérémonies commémoratives du centenaire de la mort de Pinel, mourait brusquement. Il venait d'être opéré avec succès d'une mastoïdite et succombait dans la nuit qui suivit l'opération.

Sa disparition inattendue est, pour la médecine mentale, une perte considérable. Arnaud était de la lignée des grands aliénistes français. Il laisse derrière lui une œuvre qui ne périra pas et dont l'analyse paraîtra prochainement dans les *Annales*. Esprit cultivé, instruit, formé à l'école du grand et fin clinicien que fut Jules Falret, il s'était donné tout entier à l'étude des maladies de l'intelligence.

Comme ses maîtres, il avait le culte de la tradition et ne manquait jamais une séance de la Société médico-psychologique, en même temps qu'on le voyait aux Sociétés de Médecine Mentale, de Psychiatrie et de Psychologie. Ses interventions étaient marquées au coin de la saine raison et dévoilaient une connaissance approfondie du sujet en discussion. Aussi sa parole était-elle toujours écoutée.

Il se faisait aussi un devoir d'assister tous les ans à la réunion de l'Association amicale des Internes et anciens Internes des asiles publics d'aliénés de la Seine dont il avait été, avec quelques-uns d'entre nous, l'un des fondateurs.

Tout le monde était unanime pour rendre hommage à la droiture de son caractère, ennemi de l'intrigue, de la réclame et des succès qui en dépendent. Personnellement, je perds en lui non seulement un collègue, mais un ami, et je prie sa famille de trouver ici l'hommage de ma plus profonde sympathie.

Henri COLIN.

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Un poste de Médecin-Chef de service sera vacant à l'asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), à dater du 1<sup>er</sup> juillet 1927. Poste rétabli.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

Gahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 34.647

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

## L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---



### DANTE ET RABELAIS

*Deux médecins médiévaux*

#### Exposé sommaire de leur philosophie

Par le D<sup>r</sup> HAMILTON MARR,

Haut-Commissaire du Contrôle pour l'Ecosse (1)

---

Jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, il était d'usage à l'Université de Montpellier que tout candidat au grade de docteur en médecine revêtît une robe qui, disait-on, avait été celle

---

(1) Nous reproduisons ici le très intéressant discours prononcé le 19 juillet 1927 par le D<sup>r</sup> Hamilton Marr, *président elect* de la *Royal Medico Psychological Association*, à l'ouverture de la session d'Edimbourg qui coïncidait avec la réunion annuelle, à Edimbourg également, de la *British medical Association*. Pour répondre à la gracieuse invitation de nos collègues d'outre-Manche, la Société médico-psychologique nous avait désigné avec les Docteurs René Charpentier et Targowla pour la représenter à ce magnifique Congrès qui avait attiré des milliers de médecins venus de toutes les parties de l'Empire Britannique et une grande affluence d'étrangers, parmi lesquels nous avons été heureux de rencontrer les professeurs Tuffier, Guillaïn, Cruchet, Blum, les Docteurs Rist, Armand Delisle, etc., etc. Nous publierons ultérieurement un résumé des séances de la *Medico Psychological Association*. (H. C.).

que portait Rabelais, lorsqu'il reçut le même grade. Chaque candidat enlevant, en guise de souvenir, un petit morceau de la robe, à la longue il n'en resta plus rien.

Rabelais a droit, pour bien des raisons, au titre de médecin. Non seulement il était autorisé à pratiquer, et il le fit à Lyon, mais encore il écrivit sur des sujets médicaux pendant le temps qu'il y séjourna. Ce qui montre bien le peu d'indépendance du médecin de cette époque, c'est le fait que Rabelais fut remplacé dans son poste de médecin du grand hôpital de Lyon parce qu'il s'était absenté deux jours sans permission.

Dire de Dante qu'il fut médecin demande quelques explications. Il était inscrit dans la corporation de l'art des médecins et des apothicaires, une des corporations les plus élevées de la République de Florence. Dans une liste des membres qui va de 1297 à 1300, on lit le nom de « Dante d'Alighieri degli Aldighieri, poeta Fiorentino ».

Nul ne pouvait tenir un emploi dans le gouvernement de la République s'il n'était membre d'une des corporations d'arts. Boccace reproche à Dante son ambition politique qui l'a arraché à la vie solitaire des gens d'étude. La Politique, d'après Boccace, n'était pas le fait de celui qui avait été élevé, nourri et instruit dans le sein sacré de la Philosophie.

En 1295, Dante complétait ses études et atteignait l'âge de 30 ans, avant lequel aucun homme ne pouvait jouir de droits politiques.

Il arrive assez souvent, dans les temps modernes, de voir ceux qui désirent entrer dans une corporation fournir une démonstration de leur maîtrise dans l'exercice de tel ou tel art, et cette coutume était beaucoup plus fréquente encore à l'origine des corporations d'arts et métiers.

Dante a-t-il choisi l'art médical en raison de qualifications spéciales ? On ne sait s'il a jamais exercé la médecine, de même qu'on ne conteste pas qu'il l'ait fait. On peut, semble-t-il, affirmer qu'il étudia la médecine et qu'il était hautement qualifié pour être un médecin praticien.

L'un de ses plus anciens biographes (1), commentant les vers

Io avava una corda intorno cinta (2)  
E con essa pensai alcuna volta  
Render la lonza alla pelle dipinta.

*Inf.* C. XVI, 106-108,

nous dit que cette corde était celle de l'Ordre de saint François. Dans sa jeunesse, Dante était un des frères de l'Ordre qu'il abandonna avant d'avoir fait profession. En s'y attachant, il avait apparemment l'intention d'étudier la médecine et non de se préparer pour l'Eglise.

A l'époque de Dante, il n'y avait pas d'Université à Florence, mais on y trouvait très probablement le germe d'une Université — une école dépendant de la cathédrale et du monastère à laquelle était attaché un scolastique pour apprendre aux jeunes la grammaire et la philosophie et un théologien qui professait pour les élèves des classes supérieures.

C'est probablement dans une école de ce genre que Dante étudia les ouvrages purement médicaux dont il avait une connaissance si parfaite, notamment ceux de Galien et de Dioscoride.

Dans son premier livre, *La Vita nuova*, écrit lorsqu'il avait 27 ans, on voit qu'il connaît parfaitement la triple conception de la vie qui est à la base de la philosophie d'Aristote, la vie de nutrition et de reproduction de la plante, la vie instinctive de l'animal et la vie intellectuelle de l'homme et dans le deuxième chapitre de la *Vita nuova* l'allusion à l'esprit naturel, animal et vital provient tout entière de Galien.

Qui donc, si ce n'est un étudiant en médecine, connaissait Dioscoride que Dante appelle *il buono accoglitor del quale*, en raison de son traité de matière médicale où il énumère toutes les substances alors employées en médecine en même temps que les « qualités. » ou vertus qui leur étaient attribuées.

---

(1) *Vita di Dante*. Fraticelli, ch. 4, note 6. Francesco da Buti.

(2) J'étais ceint d'une corde avec laquelle j'avais plus d'une fois eu la pensée de prendre la panthère au poil tacheté.

J'ai rappelé que Dante avait étudié les ouvrages de deux médecins, mais il connaissait certainement ceux des médecins arabes, Averroes et Avicenne. Les œuvres de ces médecins lui servaient probablement à approfondir la doctrine philosophique d'Aristote plutôt qu'elles ne l'intéressaient par leur côté purement médical.

Il n'est pas besoin d'inventer des raisons extravagantes pour prouver que Dante était non seulement un philosophe mais aussi un médecin très en avance sur son époque, qu'il connaissait, par exemple, la circulation du sang ; cette preuve nous la trouvons dans le vers où il décrit l'effet que la louve produisit sur lui :

Ch' ella mi fa tremar le vene e i polsi (1).

*Enfer, C. I, 90.*

On trouve dans ses œuvres de nombreux passages où se révèle sa connaissance pratique de la médecine, son exactitude et son observation scientifique. En voici deux exemples :

Quale colui, ch' è si presso al riprezzo (2)

Della quartana, c' ha già l' unghie smorte

E trema tutto pur guardando il rezzo.

*Enfer, C. XVII, 85-87.*

Ailleurs, parlant des devins qui prétendaient prédire l'avenir :

Come 'l viso mi scese in lor più basso (3)

Mirabilmente apparve esser travolto

Ciascun dal mento al principio del casso :

(1) Qui fait frémir mes veines et mes pouls.

(2) Tel que celui qui est si près du frisson de la fièvre quarte, que déjà ses ongles sont pâles et qu'il tremble à l'attente seule du froid.

(3) Lorsque plus bas vers eux ma vue descendit, chacun d'eux me parut étrangement transposé du menton au commencement du buste.

Ayant le visage tourné vers les reins, il leur fallait aller en arrière, parce qu'ils ne pouvaient pas voir par devant.

Peut être en est-il que la force de la paralysie ait ainsi totalement retournés ; mais je n'en ai point vu et je ne crois pas qu'il y en ait.



Che dalle reni era tornato il volto,  
E indietro venir gli convenia,  
Perché 'l veder dinanzi era lor tolto

Forse per forza già di parlasia  
Si travolse così alcun del tutto,  
Ma io nol vidi, nè credo che sia.

*Enfer*, XX, 10-18.

On n'est pas d'accord sur le point de savoir si le poète Chaucer rencontra Pétrarque lorsqu'il vint à Florence cinquante ans après la mort de Dante, mais je suis certain que Chaucer a étudié le manuscrit de *La Commedia*, car, dans sa description du prêtre de paroisse, il emploie exactement les termes que Dante appliquait à saint François d'Assise :

Predicò Cristo e gli altri che il seguirono (1).

*Par.*, CXI, 102.

Dans la description que Chaucer donne du médecin dans le prologue des *Canterbury Tales*, il semble qu'il pense à Dante.

Rappelons tout d'abord qu'un « Docteur of Physik » devait avoir des connaissances d'astrologie et d'astronomie. Le chapitre de la *Vita nuova*, déjà cité, prouve que Dante avait étudié l'astrologie et connaissait le phénomène actuellement désigné sous le nom de « Précession des équinoxes », et le système de Ptolémée est à la base de l'univers de *la Commedia*.

Dante croyait fermement à l'influence des astres sur la destinée humaine. Né sous le signe des Jumeaux, il fait allusion à la signification de cette croyance aux astres dans les conseils que lui donne son vieux maître, Brunetto Latini :

Ed egli a me : Se tu segui tua stella,  
Non puoi fallire a glorioso porto,  
Se ben m'accorsi nella vita bella.

---

(1) Il enseignait la doctrine du Christ et de ceux qui le suivirent.  
But Christès loore and his apotles twelve  
He tanght.

Il enseignait la doctrine du Christ et de ses douze apôtres.

*Chaucer's Parish Priest*, *Canterbury Tales*.

E s'io non fossi sì per tempo morto,  
Veggendo il cielo a te così benigno,  
Dato t' avrei all' opera conforto (1).

*Enfer, C. XV, 55-60.*

Les astrologues de cette époque croyaient que les enfants nés sous le signe des Jumeaux étaient influencés de telle sorte par ces étoiles qu'ils étaient doués pour l'écriture, la science et la sagesse.

Sur le vert émail de la plaine des Limbes, deuxième cercle de l'Enfer, Dante énumère les grands esprits dans l'ordre même adopté par Chaucer pour la description de la bibliothèque de son médecin, et en citant cinq des quinze noms de médecins dénombrés par Chaucer. La description du régime du médecin de Chaucer est une version poétique de ce que Boccace écrit de Dante :

Of his diete measurable was he,  
For it was of no superfluitee  
But of greet, norissyng and digestible (2).

L'amusante remarque de Chaucer sur les préférences du « Doctour of Phisik » :

His studis was but litel on the Bible (3),

est la seule qui ne puisse s'appliquer à Dante qui avait une connaissance avertie et approfondie des Ecritures.

Sainte-Beuve, le critique français, pense que pour juger un auteur et son œuvre, surtout si celle-ci traite des sujets d'une donnée générale, nous devons connaître les vertus et les vices de l'auteur.

Pour bien comprendre la philosophie de Dante et de Rabelais, il est essentiel de savoir quelque chose de leur existence, de leurs qualités et de leurs défauts, mais il est plus important encore de rechercher l'influence exer-

(1) Et lui à moi : « Si tu suis ton étoile, tu ne peux manquer le glorieux port, autant que furent vraies mes prévisions durant la belle vie :

Et si ma mort n'avait pas été si hâtive, te voyant le ciel ainsi favorable, à l'œuvre je t'aurais encouragé. »

(2) Il était modéré dans son régime, où n'entraient pas de choses superflues, mais des aliments abondants, nourrissants et digestibles.

(3) Ses études portaient peu sur la Bible.

cée sur eux par l'époque à laquelle ils vivaient. C'est, à mon avis, une considération qui prime toutes les autres.

Dante avait été exilé de sa chère Florence pour des raisons politiques, Rabelais était persécuté pour ses tendances classiques. Dante personnifiait le type de l'homme qui irait au pilori pour ses opinions. Rabelais tenait à exprimer ses opinions « *au deçà du feu* ». Le premier dut parcourir le dur chemin de l'exil, apprendre combien amer était le pain des autres, combien il était pénible de gravir l'escalier d'autrui (1). Le second était obligé de dissimuler sa philosophie sous l'allégorie, de se donner comme un bouffon et un ivrogne, de s'abriter derrière un nuage de mots et de propos de la plus basse vulgarité, tout à fait étrangers à ses idées philosophiques. Pour apprécier sa sagesse, on pourrait appliquer à Rabelais les mots qu'entendit Job au milieu du tourbillon : « Quel est celui-là qui mêle des sentences avec des discours inconsidérés et ignorants ? »

Ronsard et du Bellay ne riaient pas comme nous le faisons du portrait spirituel tracé par Rabelais de l'écolier limousin qui venait de « l'alme inclyte et célèbre Académie que l'on vocite Lutèce », ce qui signifiait « de la douce, glorieuse et célèbre Université de Paris ». Cet usage prétentieux, solennel et obscur de mots inutiles stupéfia Pantagruel qui, ne le comprenant pas, menaça d'écorcher l'écolier. Celui-ci, pris de peur, demanda grâce en bon patois limousin, grâce accordée par Pantagruel à la condition qu'étant en France il parlerait français.

Les poètes de la pléiade sentirent les traits de la satire et du ridicule. Ronsard avait inauguré la mode de forger des mots nouveaux avec des termes grecs ou latins. C'est lui qui s'écrie en s'adressant à la dame qu'il aime : « N'êtes-vous pas ma seule Entéléchie ? » Entéléchie est un mot grec signifiant le meilleur de ce qui est en chacun de nous.

Ronsard n'attaqua pas Rabelais pendant sa vie. C'est seulement après sa mort qu'il le traita de bouffon et d'ivrogne et en traça le portrait qui s'est attaché à lui.

---

(1) *Paradis*, ch. XVII, 58-60.

L'esprit et le caractère de Rabelais étaient tels qu'on ne saurait complètement l'absoudre d'avoir eu recours à une enjolivure verbale malpropre et blasphématoire sous prétexte qu'en agissant autrement sa vie eût été en danger. Il était naturellement enclin à jouer sur les mots et à dépasser les bornes de la décence.

C'est lui qui probablement écrivit une de ces sotties que les étudiants de cette époque avaient l'habitude de jouer à l'Université de Montpellier et qui montre bien la nature désordonnée de son esprit.

« C'est, dit Carpalin (*Pantagruel*, Liv. III, ch. 34), la morale comédie de celuy qui avait espousé une femme mute. Le bon mary voulut qu'elle parlast. Elle parla par l'art du médecin et du chirurgien, qui lui coupèrent un encyliglote qu'elle avait sous la langue. La parole recouverte, elle parla tant et tant que son mary retourna au médecin pour remède de la faire taire. Le médecin respondit en son art bien avoir remède pour faire parler les femmes, n'en avoir pour les faire taire. Remède unique estre surdité du mary, contre cestuy interminable parlement de femme. Le paillard devint sourd, par ne sçay quelz charmes qu'ilz firent. Sa femme, voyant qu'il était sourd devenu, qu'elle parlait en vain, de luy n'estoit entendue, devint enragée. Puis, le médecin demandant son salaire, le mary respondit qu'il estoit vrayment sourd, et qu'il n'entendoit sa demande. Le médecin luy jetta au dos ne sçay quelle poudre par vertu de laquelle il devint fol. Adonc le fol mary et la femme enragée se rallièrent ensemble, et tant battirent les médecin et chirurgien qu'ils les laissèrent à demy mors. »

Molière a renouvelé cette scène dans le *Médecin malgré lui*.

Dante était évidemment d'un tempérament différent. Il était maître de son esprit et quand il emploie des mots inconvenants — chose rare — ils correspondent au sujet traité, s'adaptent au rang et au caractère des personnages et l'auteur en use en artiste consommé. Son genre d'esprit est différent de celui de Rabelais. Il est bizarre, fantasque. Dans l'ouvrage intitulé « *De Eloquentia vulgaris* », il avance que l'homme seul a le don de la

parole. Si l'on me réplique que le serpent dans l'Eden et l'âne de Balaam pouvaient tous les deux parler, je répondrai que si tous les deux se servaient du langage, dans l'âne, c'était l'ange, dans le serpent, le démon qui parlaient. L'âne croyait braire et le serpent siffler.

De même que Rabelais n'était pas le bouffon et l'ivrogne traditionnel, Dante n'était pas l'homme chagrin, sévère et pensif que se représente la croyance populaire.

Pendant sa vie, ses livres avaient étendu au loin sa renommée : « Accompagné d'un ami, dit Boccace, le poète passa auprès d'une porte devant laquelle des femmes étaient assises. L'une d'elles dit aux autres (assez haut pour que Dante et son ami l'aient entendu) : « Regardez celui qui descend en enfer et rapporte des nouvelles de ceux qui s'y trouvent ». « Vous avez raison, reprit une autre femme. Ne voyez-vous pas comme sa barbe est frisée et combien son teint est bruni par la chaleur et la fumée. » En entendant ces paroles et le ton sincère de celles qui les prononçaient, le poète, charmé de voir que ces femmes avaient une telle opinion de lui, sourit et passa son chemin. »

Le masque de Dante fut moulé après sa mort et ses traits nous ont ainsi été fidèlement transmis.

La caricature ricanante qui figure comme portrait de Rabelais au frontispice de quelques-unes des premières éditions de son œuvre ne lui ressemble certainement pas. On voit probablement le véritable Rabelais dans le tableau qui se trouve à l'Ecole de Médecine de l'Université de Montpellier. Le port est noble et majestueux, les traits sont réguliers, le teint frais et fleuri, la barbe belle et dorée, la physionomie spirituelle. Le regard est vif et doux en même temps et l'air gracieux, bien que grave et réfléchi.

Mais ce qui est de beaucoup le plus important, nous avons des deux auteurs des portraits écrits par des contemporains.

Parlant de Dante, Boccace dit : « Celui-ci, notre poète, était de taille moyenne et, arrivé à l'âge mûr, il marchait un peu penché, d'un pas doux et régulier. Ses vêtements de bonne qualité, étaient de la forme qui convenait à son âge. Il avait la figure longue, le nez

aquilin et les yeux grands plutôt que petits; les mâchoires étaient larges et la lèvre supérieure proéminait sur l'inférieure. Son teint était foncé, ses cheveux et sa barbe très noirs et frisés, son aspect était toujours pensif et triste. Très calme et très ordonné dans ses rapports publics et domestiques, il était plus que quiconque courtois et poli en toutes choses. Mangeant et buvant très modérément, prenant ses repas à des heures régulières, il ne dépassait pas ses besoins et ne manifestait aucune gloutonnerie, soit pour la nourriture, soit pour la boisson. Il appréciait les mets délicats, mais il usait de nourriture substantielle, blâmant ceux qui se donnent beaucoup de mal pour trouver des mets recherchés et prêtent une grande attention à la bonne chère. Il disait que ces gens-là ne mangeaient pas pour vivre, mais vivaient pour manger. Il parlait très rarement sauf quand on le lui demandait, il le faisait alors d'une façon puissante et avec une voix qui s'adaptait au sujet traité. Ses entretiens étaient des plus nourris et des plus éloquents. »

Pierre Boulenger (1), médecin Poitevin, qui avait

(1) *Hippocratis aphorismorum Paraphrasis poetica*. Paris, 1587, par Pierre Boulenger.

Nous reproduisons ci-dessous le texte latin résumé par l'auteur (note du traducteur).

*Francisci Rabelesii medici doctiss. facetissimique*

Nugator omnium optimus  
Hoc lapide tectus occubat.  
Quis fit, nepotes quærite.  
Nam quotquot eius tempore  
Vixere nouerant probè  
Nugator iste quis foret,  
Ut qui omnibus notus foret,  
Et charus unus unicè.  
Scurram putabitur virum  
Fortassis, et dicaculum,  
Quilque aucuparetur dapes  
Dictis facietis : non fuit  
Hic scurra, nec dicaculus  
Quis è foro. Ast acumine  
Selectioris ingeni  
Ridebat humanum genus,  
Et stulta vota sæpius,  
Et spes futuri credulas :

Securus et sortis suæ  
Vitam exigebat prospere  
Assante vento perpetim.  
Nec doctiorem illò tamen  
Quem comperisses ludieris  
Quando relictis seria  
Loqui placebat, et gravem  
Induere personam sibi  
Non fronte quispiam minax,  
Tristique vultu tetricus  
Senator, hoc æquè gravis,  
Alto insidens subsellio.  
Si magna, et anceps quæstio,  
Docta explicanda industria,  
Proponeretur, diceres  
Unì patere maxima  
Quoque, atque naturæ sinum  
Soli fuisse pervium

connu personnellement l'auteur de *Pantagruel*, s'exprime ainsi sur lui : « Sous cette pierre est couché le premier des diseurs de futilités. Il demeurera une énigme pour la postérité. Car ceux qui furent ses contemporains savaient qu'il était connu et aimé de tous. Peut-être pourrait-on croire que ce fut un bouffon, un bavard, essayant par ses facéties de gagner un bon dîner. Ce ne fut ni un bouffon ni un bavard de la place publique, mais un homme qui, grâce à la pénétration de son rare génie, saisissait le côté ridicule des choses humaines, un nouveau Démocrite qui riait des craintes vaines et des espérances du vulgaire et des grands, aussi bien que des vanités et des pénibles efforts qui remplissent cette brève existence. On n'eût pu trouver un homme plus sage, quand, abandonnant la raillerie, il lui plaisait de se mêler d'affaires sérieuses. Il était solidement armé. Lorsqu'il s'agissait de résoudre les questions les plus difficiles, on eût dit que pour lui seul la nature avait découvert son sein mystérieux. Toutes les œuvres de la Grèce et de l'Italie lui étaient familières et ses éloquentes discours transportaient d'admiration tous ceux qui n'avaient jamais su découvrir le sage sous ses satires mordantes et sa magistrale ironie.

Avant de s'élancer dans l'atmosphère où vivait leur philosophie, chacun des deux auteurs essaya ses forces dans de courts vols littéraires. Dante ter-

Hac ille eum facundia,  
Quicquid volebat eloqui,  
Efferre suetus, plurimis  
Mirantibus, quibus locis  
Facetus hic dicacibus,  
Sollennibusque argutiis,  
Opinionem iniecerat  
Sul, velut docti nihil :  
Cui nota, quicquid Græcia,  
Latiumque quicquid potulit.  
Et alter hic Democritus  
Ridebat irritos metus,  
Et vota vulgi, et principum,  
Vanæque curas, et brevis  
Vitæ labores anxios,

Quibus omne tempus degitur,  
Quodcunque concessit favor  
Nobis benigni numinis.  
Quæ cuncta risit quandiu  
Ridere permissum fuit,  
Dum Parca ridentem abstulit  
Nunc Regia in Plutonia  
Ridere crederem libens  
Illum, daretur si tamen  
Risus ei hæc occasio  
Quæ plurima hic sæpè data est  
Quæ nulla cum sit his locis,  
Ad quæ ille deductus latet,  
Ridere vel iam desiit,  
Vel flere forsitan potest.

[pp. 104-106 de : *Divi Hippocratis... Aphorismorum paraphrasis poetica auctore Petro Bulengero Juliodunensi...* — Parisiis, apud Gulielmum Linocerium... 1587].

mine son premier ouvrage « la Vita nuova » qui nous maintient dans les régions de la poésie pure en formant le vœu d'écrire de Béatrice « ce qui n'a jamais été écrit d'une femme » et il accomplit ce vœu de façon glorieuse dans la *Divine Comédie* (1) qu'il termina quelques années seulement avant sa mort.

Après la mort de Béatrice, il eut la vision de la dame de la fenêtre — la philosophie ou la science en personne —, vision analogue à celle qui consolait et calmait Boèce dans sa prison.

C'est grâce à cette vision que Dante conçut l'ardente mission de mettre les délices du savoir à la portée de ceux de ses compatriotes qui ne pouvaient lire le latin et de les acheminer ainsi dans la voie de la sagesse. Les grandes pensées d'Aristote, le « Maître de ceux qui savent », n'étaient accessibles qu'en latin et étaient venues de Grèce par le canal des versions arabes d'Averrhoès. Dante connaissait le latin et peut-être l'arabe, mais ne savait pas le grec car, dans le cas contraire, il n'aurait pas dit de Platon qu'il faisait partie de la foule des philosophes qui se pressait autour d'Aristote et il ne se serait pas borné à citer une seule fois le plus noble des philosophes. *Le Convivio* ou *Banquet*, de Dante, se passe dans son pays, c'est un commentaire de ses poèmes lyriques sur des sujets de morale et de philosophie.

*Le Banquet* ne fut pas terminé ; Dante l'abandonna quand les perspectives politiques dans lesquelles il avait mis son espoir furent anéanties par la mort de l'empereur Allemand Henri, en 1313. Il quitta le monde de l'action pour celui des idées et reprit le grand sujet de la *Commedia* (2) dont il avait écrit les sept premiers chants quelque treize années auparavant, et le mena jusqu'à la fin (3).

(1) Le nom de « Divine » fut donné à « La Comœdia » longtemps après la mort de Dante. Dante appelait son ouvrage « La Commedia » parce que, dit-il, il débute tristement dans les horreurs de l'Enfer et se termine brillamment dans l'éblouissement éternel du Paradis.

(2) *Io dico, sequitando*. C. 8. 1.

(3) Voir page 170 de la *Vita di Dante* la note où il est dit que les sept premiers chants furent envoyés à Dante à Lussignano où il était exilé.



Dans la vie littéraire de Rabelais, ses premières œuvres, à l'exception de traductions médicales, lui servaient de gagne-pain. Il fit des almanachs, ce qui représentait alors le plus avantageux des ouvrages littéraires. Ses pronostications Pantagruélines en formaient la partie la plus importante. Rabelais lui-même nous dit que l'un de ces livres — c'était peut-être la chronique de *Gargantua* — eût un tel succès qu'on en vendit en deux mois plus d'exemplaires que de bibles en un an.

Les deux premiers livres de *Gargantua* et de *Pantagruel* parurent en 1533, mais la vente en fut défendue par la Faculté de Théologie de Paris. Pour Rabelais, comme pour Dante, pendant treize ans aucun de ses ouvrages ne fut publié.

Chez les hommes, la maladie produit souvent une transformation complète du malade, parce que celui-ci, échappant à la vie de tous les jours, sent son esprit aux prises avec le problème de l'éternité ; de même, ces treize années de gêne et de contrainte apprirent à Dante et à Rabelais la distinction à faire entre la vraie et la fausse philosophie, à distinguer l'objet de l'ombre, à condenser leur savoir et leur pensée, le premier, sous une forme poétique qui plane sur les plus hauts sommets, l'autre, dans une prose qui n'a jamais été dépassée.

Comme Télèphe et Pélée, quand chacun d'eux est pauvre ou exilé, ils abandonnent l'emphase et les mots longs d'un pied et demi, car ils tiennent à ce que leurs plaintes arrivent au cœur de leurs auditeurs (1).

Tous les deux emploient l'allégorie pour dissimuler leur système philosophique. On ne saurait se faire une meilleure idée de l'allégorie, qu'en se référant à Dante dans l'épître bien connue à Can Grande (2). Le sens de cet ouvrage, dit-il en parlant du *Paradis*, n'est pas simple..., il y en a plusieurs ; car si la lettre nous en donne un, ce que signifie la lettre nous en fournit un

(1)

Projicet ampullas et sesquipedalia verba  
Si curat cor spectandis tetigisse querella.

(2) Espist. X.

*Ars poetica*, 96.

autre, le premier est dit littéral, le deuxième allégorique ou mystique..., et bien que ces sens mystiques aient chacun leur dénomination spéciale, on peut dire en général qu'ils sont tous allégoriques puisqu'ils se différencient du sens littéral ou historique, car allégorie vient du grec *alleon* que le latin exprime par *alienum* ou *diversum*.

L'état des âmes après la mort constitue la donnée littérale de la *Commedia*. Au sens allégorique, c'est l'homme qui dans ce monde emploie sa liberté pour le mal ou pour le bien et que la justice divine punit ou récompense.

Dans le troisième livre de l'œuvre de Rabelais, nous voyons Panurge demander à Pantagruel s'il doit se marier, et, le faisant, s'il sera trompé par sa femme et le lecteur éprouve une certaine difficulté à suivre l'auteur dans le labyrinthe des moyens et des voyages qu'il semble entreprendre au hasard afin de pouvoir résoudre ces deux questions. Au point de vue allégorique, les questions de Panurge constituent un plan défini et une tentative raisonnée pour découvrir la destinée de l'homme.

Dans le *de Monarchia*, Dante nous dit que l'homme est dirigé vers deux buts déterminés : la félicité dans cette vie qui devient le Paradis terrestre et la félicité dans la vie éternelle qui consiste dans la jouissance de l'aspect divin du Paradis céleste. C'est par l'enseignement spirituel qu'on peut atteindre à la dernière de ces béatitudes.

La félicité pendant cette vie peut s'acquérir en suivant un enseignement philosophique en harmonie avec les vertus morales et intellectuelles. C'est la limite extrême de l'espace unique que peut parcourir le psychologue et le psychiatre au cours du voyage de la vie. Avec Rabelais, nous nous acheminons vers elle depuis le moment où Panurge demande s'il doit se marier jusqu'à la fin de son grand ouvrage et à l'oracle de la Dive Bouteille. Avec Dante, nous voyageons pour l'atteindre, à travers l'Enfer et le Purgatoire, jusqu'à ce que la raison humaine couronne et mitre en lui l'humanité, le laissant, avec un jugement droit et sain, digne de jouir des plaisirs du Paradis terrestre.

La morale de l'Enfer où l'on voit les effets du péché, se modèle sur l'Ethique d'Aristote. D'autre part, le Purgatoire est de conception platonicienne et les fautes ne sont pas envisagées au point de vue de leurs effets, mais d'après leurs causes. La sagesse humaine, personnifiée par Virgile, qui guide Dante à travers ces deux régions, ne suffit pas toujours pendant le voyage de la vie à éclairer les ténèbres de la servitude intellectuelle et c'est pourquoi nous voyons intervenir le messager céleste devant les portes de Dis et Virgile se montre souvent incertain de la route à suivre dans le Purgatoire.

Les véritables pécheurs sont dans l'Enfer même. Les lâches, les Laodicéens, ceux qui soufflent le chaud et le froid, restent avec les anges qui ne se déclarèrent ni pour ni contre Dieu quand Satan fut précipité du Ciel au delà des portes de l'Enfer, mais Dante ne les place ni dans le Ciel ni en enfer : ils ne traversent pas le fleuve Achéron, comme le font les enfants non baptisés et les hérétiques vertueux. Contrairement à ceux-ci, ils n'ont pas droit au noble château des Limbes, ce symbole exquis du savoir humain, entouré de ses sept murailles représentant les sept vertus morales et spéculatives ou les sept parties de la philosophie, défendu par le gracieux petit fleuve de l'éloquence, avec ses sept portes — chacune d'elles représentant un art libéral — et ses vertes prairies où se pressait la foule des philosophes. L'ombre de Virgile était venue des Limbes pour le faire sortir du Bois de l'erreur, elle retourne aux Limbes quand sa mission est accomplie.

L'Enfer véritable commence dans le deuxième cercle, là où siège Minos qui distribue le châtement suivant la nature du péché.

Aristote classe ainsi les mauvaises actions qui empêchent l'homme d'atteindre à la Félicité Terrestre, l'incontinence, la brutalité, la violence (Virgile), la malice, le vice ou la fraude (Virgile). Virgile en énumérant les mauvaises actions d'après Aristote, ne se préoccupe pas du premier et du sixième cercle de l'Enfer. Nous avons parlé du premier ; dans le dernier, Dante place les hérétiques et ceux qui, tels les

Epicuriens, nient l'immortalité de l'âme. Virgile — payen comme Aristote — ne reconnaissait pas le péché d'incrédulité. Dans le voyage à travers l'Enfer, nous passons à travers les cercles où se trouvent les débauchés, les violents et enfin ceux qui sont coupables de fraude et qui sont placés dans la partie la plus basse de l'enfer, car la fraude étant particulière à l'homme est le plus détestable de tous les vices.

Ainsi Dante, accompagné de son guide, traverse l'une après l'autre des zones de vices de plus en plus noirs, de tourments de plus en plus intenses, jusqu'à ce qu'il arrive au centre de la terre, le centre même de l'univers, la région froide et obscure la plus éloignée de la lumière et de la béatitude du séjour céleste.

Nous trouvons, dans les châtiments de l'enfer, des tableaux graphiques de l'agonie mentale des âmes humaines qui se sont elles-mêmes enchaînées et qui ont refusé de fuir les ténèbres de l'ignorance et du vice pour se dépenser en plaisirs matériels passagers. Pendant leur vie, elles sont restées dans la Forêt de l'erreur — la *Selva oscura* — ; elles ont pu avoir des éclairs de lumière, elles ont pu, comme Dante, apercevoir le sommet de la montagne éclairé par le soleil du matin, mais comme lui elles sont rentrées dans l'obscurité, car pour gravir la colline et atteindre à la lumière il leur eût fallu braver la panthère, le lion et la louve, symboles de l'orgueil, de l'avarice et de l'envie. Mais, contrairement au poète, elles n'ont pas trouvé la voie pour sortir de la forêt parce qu'elles ont refusé de se laisser guider par la Sagesse Terrestre.

Parmi les incontinents, se trouvent Paolo et Francesca condamnés à cause du péché charnel à être perpétuellement meurtris et emportés dans un terrible tourbillon. Cependant, au milieu de ce supplice, il n'est pour Francesca nulle douleur plus grande que de se souvenir des temps heureux dans la misère.

Philippe Argenti, connu pendant sa vie pour ses colères brutales, d'autres qui se croyaient de grands rois du monde se vautrent comme des porcs dans la fange des marais du Styx.

Le Pape Nicolas III, coupable de simonie, est fixé la tête en bas dans un des nombreux trous creusés dans le rocher ardent d'une des nombreuses fosses du Malebolge, et des langues de flamme lèchent perpétuellement la plante de ses pieds. Combien, lui demande le poète, le Seigneur exigea-t-il de saint Pierre avant de remettre les clefs en son pouvoir ? Et sans attendre la réponse, il continue : « Certes pour toute demande il lui dit : Suis-moi ! » On doit faire remarquer ici l'exactitude méticuleuse de Dante, car la chaudière ardente du pape n'est ni plus ni moins ample que les baptistères de la belle église Saint-Jean dont un fut brisé par Dante pour sauver un enfant qui se noyait.

Les hypocrites tournent autour de la fosse qui leur est départie portant des chapes dorées au dehors mais de plomb au dedans.

O in eterno faticoso manto (1).

*Chant 23, terc. 23.*

Je ne puis, en raison de l'heure, vous donner qu'un dernier extrait. Nous sommes dans la fosse où les traîtres sont emprisonnés comme des fétus de paille dans de la glace. On y voit Ugolin en train de faire son dégoûtant repas de la tête du cardinal Ruggieri et s'interrompant un instant pour raconter l'histoire lamentable de la tour de la faim.

La note dominante du *Purgatoire* est une note morale et comme la fonction première de la raison humaine ou de la philosophie est de guider l'homme vers la félicité humaine par l'exercice des vertus morales qui caractérisent le Paradis Terrestre, Virgile continue à guider Dante.

Sous la porte d'entrée du purgatoire sont les âmes de ceux qui ont négligé de se repentir jusqu'aux approches de la dernière heure, elles sont placées sous la garde de Caton qui n'admettait aucune défaillance au Devoir.

Bien que Caton, le stoïque, — le représentant idéal de la liberté morale — se soit suicidé, Dante ne le relègue

---

(1) O manteau éternellement accablant.

pas dans le bois des suicidés de l'Enfer, de ceux qui ont commis des violences contre eux-mêmes. Son acte lui apparaissait comme un symbole, de même que l'acte de crucifier la chair pour libérer l'esprit. Caton était l'homme dont le jugement et la volonté restaient libres parce qu'il ne les laissait pas dominer par le désir et sa précellence morale lui avait donné l'équivalent de cette révélation dont se réjouissent les chrétiens.

Les sept royaumes du Purgatoire sont les sept états des âmes qui tardaient à se repentir et péchaient jusqu'à leurs dernières heures dans l'un des sept états de l'amour — trois par excès, un par défaut, trois par perversion. La purification spirituelle s'obtient du fait que les âmes se livrent à des actes d'amour opposés aux péchés qu'elles ont commis. L'orgueil, la pire perversion de l'amour, est puni dans le cercle le plus inférieur ; la moins grave, la luxure, dans le plus élevé, et de même que Virgile est apparu à Dante dans une forêt, — la sombre forêt de l'erreur, — de même il le quitte dans une forêt bien différente, la forêt divine du Paradis terrestre. Là le soleil luit sur le front de Dante, l'herbe est tendre, on voit des fleurs et des arbustes et l'emblème de la sagesse divine, Béatrice, l'attend, Béatrice qui dorénavant lui servira de guide.

Je me bornerai à décrire une seule des corniches ménagées dans la rampe des cercles. Prenons celle où les orgueilleux, les superbes se purifient. Ils se meuvent autour de la corniche en supportant de lourdes masses de pierre. Ils méditent sur les images de l'humilité gravées dans la rampe du roc, l'image de la Vierge Marie, du roi David dansant devant l'arche, le tout sculpté dans du marbre blanc, de telle façon qu'en les voyant on ne peut que mépriser les artistes de la frise et la nature elle-même.

Tandis que les humbles sont exaltés sur le mur rocheux de la terrasse, les orgueilleux gisent à terre depuis Briarée et Lucifer jusqu'à Holoferne et Troie. En faisant le tour de la terrasse, les orgueilleux répètent la prière du Seigneur et bénissent les pauvres d'esprit. Ce n'est pas en raison des péchés commis que l'un trouve sa place dans l'Enfer, l'autre dans le Purgatoire.

Le maître du poète, Brunetto Latini, qui lui apprend comment l'homme s'éternise, n'a pu réprimer sa convoitise et à cause de son péché doit parcourir en Enfer une plaine de sable torride sous une pluie continuelle de flammes.

De même, Guido Guinicelli n'avait pas su restreindre ses appétits charnels dans les limites des règles sociales humaines et des lois de la nature, mais il s'est repenti de son péché et se purifie dans une fournaise ardente afin de retrouver la pureté du cœur.

Guido Buonconte de Montefeltre est en enfer, car si pendant sa vie il se repentit de ses péchés et devint moine, il donna de mauvais conseils au Pape qui lui avait dit pouvoir ouvrir ou fermer le ciel et par suite lui avait promis l'absolution, mais à la mort de Guido, le Diable s'empara de lui, disant qu'en bonne logique un homme ne pouvait se repentir et avoir en même temps de mauvais désirs, ce qui est contradictoire.

Le fils de Buonconte, blessé mortellement au cours d'un combat, se trouve dans le purgatoire, car il s'est repenti avant sa mort et comme l'ange de Dieu s'emparait de son âme, le diable s'écria : « Tu me voles. De celui-ci tu emportes ce qui est éternel, à cause d'une petite larme. »

De même que Mac Connachie est la moitié turbulente de Sir James Barrie, de même Panurge représente le côté déréglé de Rabelais. Panurge est le linguiste qui à un moment inopportun s'exprime en treize langues différentes ; Panurge se rend coupable de méfaits multiples ; Panurge se lève pauvre et se couche riche. En visitant les églises de Paris, il met un denier dans chaque tronc et en retire douze en s'excusant de n'en pas prendre cent puisqu'on lit au-dessus de chaque tronc que ce que chacun donne lui sera rendu au centuple ; Panurge donne son bonnet à un page et le prie d'aller dans la cour jurer pour lui pendant une petite demi-heure ; Panurge se fait le médecin d'Epistemon et le rappelle à la vie ; Panurge a peur pendant la tempête, et enfin Panurge demande conseil à Pantagruel pour savoir s'il doit se marier et si, une fois marié, il sera trompé par sa femme. Πανουργος est un mot grec qui

signifie prêt à tout faire, on le prend surtout dans son sens péjoratif. L'énergie humaine, si elle n'est dirigée par la sagesse, vogue sans espoir sur l'océan de la vie. De même que Virgile guide Dante, Pantagruel conseille Panurge.

Pantagruel est un penseur et conserve toujours une haute tenue morale. Pour lui, la culture classique ne signifierait rien si elle ne portait en elle un enseignement. N'est-ce pas elle qui constitue en quelque sorte le degré qui conduit à de plus grandes choses, qui confirme la foi qu'on peut avoir dans l'avenir de l'humanité, qui vous empêche de vous attarder aux déceptions momentanées au cours du voyage de la vie ?

Le mariage de Panurge est une question d'ordre général. Aucune femme n'est nommée. De fait, dans toute l'œuvre de Rabelais, les allusions aux femmes sont d'une rareté singulière ; une fois seulement, il parle d'elles, en passant, d'une façon sympathique. Dans son abbaye de Thélème, il y a place pour les femmes aimables et méritant d'être aimées. La question de Panurge est une question allégorique et à mesure que se développe le plan de Pantagruel, on voit se révéler l'objet du mariage ; c'est la vision de la femme de la fenêtre apparue à Dante, c'est la recherche de dame Philosophie.

Frère Jean conseille à Panurge d'écouter l'oracle des cloches de Varennes. Que disent-elles ?

Elles se comportent comme elles l'ont fait dans le cas de la veuve qui alla consulter son curé sur le point de savoir si elle devait ou non épouser son valet. « Consulte les cloches », dit le curé après avoir écouté ses arguments pour ou contre le mariage. « Marie toy », disent les cloches, mais quelques mois plus tard la veuve retourne se plaindre au curé en lui disant qu'elle n'aurait jamais dû se marier, et de nouveau celui-ci lui conseille de consulter les cloches. « Marie point », répondent les cloches. Pantagruel dit à Panurge d'avoir recours aux *sors virgilianes*, c'est-à-dire d'ouvrir au hasard et à trois reprises les œuvres de Virgile ou d'Homère et de considérer comme une réponse les premiers vers sur lesquels ses yeux tomberont.

Pierre Amy, nous dit-on, franciscain et ami de Rabe-



lais, « explora pour sçavoir s'il échapperait de l'embûche des farfadets et rencontra ce vers (*Enéide*, III, 14) :

*Heu ! fuge crudeles terras, fuge littus avarum.*

Laisse soudain ces rivages barbares.

Laisse soudain ces rivages avares.

Puis il eschappa de leurs mains sain et saulve ». Panurge se sert des dés pour choisir les vers de Virgile, mais il ne trouve pas la solution désirée.

Il a recours aux rêves, car « nostre âme, lorsque le corps dort, et que la concrétion est de tous endroits parachevée, rien plus n'y estant nécessaire jusqu'au réveil, s'esbat et revoit sa patrie, qui est le ciel. De là reçoit participation insigne de sa prime et divine origine..... et note non seulement les choses passées en mouvements inférieurs, mais aussi les futures : et les rapportant à son corps, et par les sens et organes d'iceluy les exposant aux amis, est dite vaticinatrice et prophète ». Panurge rêve qu'il est marié à une femme charmante qui, tout en le comblant de caresses, lui fait deux cornes au-dessus du front. Puis la scène change et il lui semble qu'il est transformé en tambourin et elle en chouette. Si le début du rêve l'a rendu heureux, la fin le laisse perplexe et il n'est pas plus avancé qu'auparavant. Consultons la sybille de Panzoust, dit Pantagruel. La sybille écrit son oracle sur des feuilles qu'elle jette au vent. Les feuilles sont recueillies et Pantagruel, en lisant ce qui est inscrit, conclut que s'il se marie Panurge sera trompé par sa femme. Panurge opine pour un sens différent. Pantagruel déclare que ce qui est clair, c'est que l'oracle n'est pas clair. Puis on consulte sans succès le muet, l'agonisant, et Herr Trippa l'astrologue.

Le muet répondait par signes rappelant ainsi la dispute fameuse par signes entre le philosophe et le borgne. Finalement, on demande leur avis au théologien, au docteur et au juge, mais aucun d'eux n'est capable de donner une réponse claire. Ils parlent abondamment mais leurs paroles sont inconsistantes.

Pantagruel voyant Panurge soucieux lui conseille d'avoir recours à l'avis de quelque fol puisqu'il a épuisé ceux des sages ; il lui dit comment un fou tran-

cha un différend entre un rôtiisseur et un faquin. Le premier demandait à celui-ci de le payer parce qu'il avait mangé son pain à la fumée du rôti, le fou décida que le faquin devait payer le rôtiisseur au son des quelques pièces d'argent qu'il possédait.

Triboulet, fou du roi, est consulté, mais on ne peut lui arracher que trois paroles pouvant s'interpréter dans un sens favorable ou défavorable. N'ayant rien obtenu de l'homme purement instinctif, ils se mettent en route pour aller consulter la Dive Bouteille.

La superstition n'enseigne rien et doit être rejetée ; elle confirme seulement cette vérité que le monde est régi non par le caprice mais par des lois précises. Les choses inanimées n'ont pas la vertu de dévoiler l'avenir et les êtres animés n'ont pas le don de prédire ce qui arrivera, soit par les rêves, soit par la magie, les signes, l'instinct, l'approche de la mort, l'étude des astres. C'est pourquoi ils entreprennent le voyage qui doit les conduire à la Dive Bouteille.

En partant, Pantagruel et ses compagnons font une ample provision de pantagruélion. La description charmante et si vivante du chanvre a recueilli, au point de vue scientifique, l'approbation des botanistes comme étant de première importance. D'après Rabelais, ce pantagruélion, c'est la plante idéale qui donne toutes les vertus et toutes les perfections, si bien que « si elle eust été en ses qualités cogneue, lorsque les arbres (par la relation du prophète) (1) firent élection d'un roy de bois pour les régir et dominer, elle sans doute eust emporté la pluralité des voix et suffrages ».

Par-dessus tout, l'usage qu'on en fait en mécanique et pour la navigation provoque les louanges de Rabelais. Grâce à elle, les forces de l'homme sont amplifiées sous forme de voiles et de cordes si bien que les peuples les plus éloignés les uns des autres sont mis en rapport entre eux. Et, prophétisant, il annonce que grâce à elle l'homme pourra peut-être s'élever dans les espaces célestes et découvrir les causes cachées de phénomènes qui actuellement nous étonnent.

---

(1) *Juges*, X, 8-15.

Emporter une grande provision de pantagruélion, c'est faire provision de courage et de hardiesse pour le périlleux et long voyage qui va être entrepris à la recherche de la vérité.

Le voyage commence par les îles où l'on voit les cinq sens en action et Rabelais, dans son allégorie, se sert de symboles quelque peu analogues à ceux qu'emploie Bunyan dans sa *Guerre sainte*, mais l'exposé du mauvais usage des sens dans les îles que visitent les voyageurs et des facultés de l'esprit dans celles où ils atteignent plus tard rappelle plutôt les sculptures, les gravures et les sentences qu'on trouve sur les corniches du Purgatoire : le but est de soutenir et de fortifier l'esprit dans la tentative qu'il fait pour se débarrasser de tout ce qui est faux, de tout ce qui peut le détourner de l'étroit sentier de la véritable philosophie. Rabelais, lorsqu'il écrit sérieusement, n'écrit jamais au hasard. Chaque île renferme un enseignement, chaque épisode sert à encourager les voyageurs à persévérer jusqu'au bout. Le récit bien connu qui a donné naissance à la locution : « Les moutons de Panurge », vient immédiatement après la descente dans l'île de Medamothi — l'île de l'apparence et de l'ostentation. Pantagruel y achète un caméléon, grand comme un jeune taureau, avec les cornes et les pieds d'un cerf et le pelage d'un ours. La peau et le poil changeaient de couleur si bien que le caméléon était gris près de Panurge, rouge auprès de Pantagruel et tout blanc à côté du pilote. Au naturel, la couleur de son poil était « telle que voyez es asne de Meung ».

Le caméléon représente le prototype des habitants de l'île qui abusent des sens de la vue. C'est après le départ de Medamothi que se place l'aventure des moutons. Panurge achète un mouton au marchand avec lequel il s'était pris de querelle : il le jette par-dessus bord et tous les autres suivent leur compagnon et se noient avec lui. Le marchand, Dindenault, en essayant d'en retenir un, est entraîné et tombe à la mer avec lui. C'est le propre des moutons de suivre n'importe où le premier des leurs au risque d'entraîner les bergers avec eux. Le sens de l'odorat se manifeste à Ennasin, celui

du goût à Cheli, celui du toucher chez les chiquanous de Tohu Bohu. Pour satisfaire le sens de l'ouïe, on a les paroles dégelées. Antiphanes comparait ce que Platon enseignait aux enfants à des paroles qui gèlent lorsqu'elles sont transportées dans les pays froids et fondent plus tard si on les ramène dans une contrée plus chaude. Les leçons n'étaient pas comprises au moment où elles étaient données aux enfants, elles leur revenaient et fondaient dans leur esprit lorsqu'ils étaient devenus vieux. Les voyageurs se trouvent dans les parages de la mer Arctique et des paroles gelées tombent sur le pont comme des dragées, fondant ensuite à la chaleur de la main. Les voyageurs espéraient que ces paroles du passé contiendraient des révélations intéressantes, mais les paroles fondues ne traitaient que de batailles. L'histoire du passé en est pleine. Le plus fort finit par écraser le faible. L'homme a mal usé de sa liberté dans le passé. L'histoire des batailles et des guerres peut tout au plus nous indiquer ce qu'il faut éviter : elle ne résout aucune des questions dont les voyageurs cherchent la réponse.

Il est facile de trouver au cours du voyage des exemples des sept péchés capitaux commis dans les îles nombreuses que visitent les voyageurs. Mais si les passions et les émotions sont toute-puissantes pour détourner de la vérité, il est aussi des défauts de l'intelligence qui conduisent l'homme hors du droit chemin.

Dans l'île d'Entéléchie, les habitants sont d'une politesse excessive ; ils ne vous avertissent pas du danger de peur de vous contredire et d'être impolis. Après le dîner, a lieu un bal consistant en un jeu d'échecs joué par des personnages vivants ; leurs plaisirs comme leurs travaux sont imposants de pédanterie et de préciosité.

Dans le pays de Satin où l'on voit au naturel toutes sortes de merveilles surnaturelles, nous nous trouvons dans le pays des légendes trompeuses et du mensonge parlé et imprimé. C'est ici que règne Ouy Dire, le père de l'Histoire, le narrateur du vrai et du faux. C'est un petit vieillard bossu, à la gueule fendue jusqu'aux

oreilles. Dans la gueule se trouvent sept langues fendues chacune en sept parties. De toutes sept ensemble il « parlait divers propos et langages divers, avait aussi parmi la teste et le reste du corps autant d'oreilles comme jadis eut Argus d'yeux : au reste estoit aveugle et paralytique des jambes ». Il est intéressant de savoir, pour nous autres Ecossais, que parmi les courtisâns de Ouy Dire se trouve Enéas Sylvius Piccolomini, devenu le pape Pie second qui, sous le règne de Jacques premier, accomplit le pèlerinage historique de la White Kirk près de Dunbar. On le trouve ici parce que, comme théologien, il avait combattu l'infailibilité du pape qu'il défendit énergiquement quand il devint pape lui-même.

Les voyageurs arrivent enfin à l'île des lanternes et sont conduits à la Dive Bouteille par la pontife Bacbuc.

La Dive Bouteille est une sorte de jarre placée dans une fontaine heptagone. Bacbuc fait avancer Panurge et lui dit d'écouter.

Panurge entendit sortir de la bouteille le mot « Trinc ». « La bouteille est-elle rompue ou fêlée ? s'écrie-t-il. Notre recherche est-elle un leurre ? Dans le voyage de la vie, le dernier mot appartient-il à la philosophie d'Epicure, ou à celle de l'Ecclésiaste : Bois ton vin d'un cœur léger. Quoi que tu aies à faire, fais-le avec tes propres forces, car il n'y a ni travail, ni invention, ni connaissance dans le tombeau vers lequel tu t'achemines. »

Ce n'est pas là la conclusion de Rabelais, car c'est Bacbuc qui a le dernier mot, semblable à un oracle mais dont le sens général est clair. Travaillez, cherchez, étudiez, instruisez-vous. En poursuivant l'œuvre de vos prédécesseurs, vous les dépasserez. Chaque siècle apporte des connaissances nouvelles. La vérité est la fille du temps, mais en cherchant la vérité ne vous isolez pas de vos semblables. Aimez-vous les uns les autres. Pour parfaire la voie de la connaissance et de la sagesse, tous les philosophes, tous les sages ont reconnu qu'il était nécessaire d'être guidé par Dieu et accompagné des hommes. « Allez », dit la prêtresse, et Pascal a repris plus tard sa fameuse apostrophe : « Allez, amis, en protection de cette sphère intellec-

tuelle de laquelle en tous lieux est le centre, et n'a en lieu aucun circonférence, que nous appelons Dieu. »

Dans sa République, Platon symbolise la théorie de la connaissance par l'image ou le mythe de la Caverne.

Pour lui, la plupart des humains sont prisonniers dans une caverne où ils sont enchaînés, le dos tourné au feu et regardant sur les parois du roc, projetées par la flamme, des ombres qu'ils prennent pour des réalités.

L'ascension fatigante de quelques-uns de ces prisonniers vers la lumière, sur la pente rude qui mène à l'entrée de la caverne, l'entraînement progressif qui permet à leurs yeux éblouis par la lumière du jour de voir des choses réelles dans le monde supérieur et enfin de regarder le soleil lui-même, représente l'éducation du philosophe.

Lorsque Dante arrive dans le Purgatoire, il voit l'ange qui conduit au port les âmes sauvées et à mesure que le navire approche il les entend chanter le psaume « in Exitu Israël ». Quand Pantagruel et ses compagnons partent pour leur voyage, ils entonnent le même psaume : « *Quand Israël hors d'Egypte sortit.* »

Les deux écrivains reconnaissent la servitude de l'intelligence : l'un d'eux la peint sous les couleurs flamboyantes des damnés dans l'*Inferno*, l'autre dans la sujétion aux coutumes superstitieuses, aux puissances inconnues, aux prophéties, à cette introspection qui prétend sonder les abîmes de l'esprit humain.

Tous les deux nous ont dit combien il est facile de descendre dans les ténèbres perpétuelles, combien il est difficile de se défaire de l'esclavage intellectuel, combien il est pénible de s'élever vers la lumière, de rejeter les floraisons de la passion, ces fleurs splendides et luxuriantes qui nous trompent par leur éclat et nous apportent la mort dans leur parfum.

Tous les deux nous conduisent à un Paradis Terrestre où, en buvant les eaux du Léthé et de l'Eunoé, nous perdons le souvenir du mal tandis que le bien étouffé et flétri ressuscite en nous et que la philosophie devient, — comme Dante lui-même, — « puro e disposto a salire alle stelle » (1).

---

(1) Pur et préparé à monter aux étoiles.

## ARNAUD (FRANÇOIS-LÉON)

(1858-1927)

---

A mesure que l'existence se prolonge, on voit avec tristesse peu à peu disparaître les amis d'autrefois. Pour moi, parmi ceux-là, Arnaud fut l'un des plus chers. Les circonstances nous avaient rapprochés, nous eûmes pour principaux guides les mêmes maîtres, nos familles étaient unies, et il nous a été donné d'avancer dans la vie côte à côte, sans un nuage entre nous. Je n'ai pas l'intention, dans cette courte notice, d'insister sur ses travaux, et veux surtout dépeindre l'homme tel que je l'ai connu.

François Arnaud naissait à Bédarieux, dans le département de l'Hérault, le 11 juillet 1858, et la seule ambition de son père, petit industriel peu aisé, était de lui assurer une situation voisine de la sienne. Comme on le destinait au commerce, il fut retiré du collège après la quatrième et envoyé à Paris ; mais il n'était guère fait pour le négoce et avait d'autres visées. Il revint donc au pays natal. Recueilli par des tantes qui habitaient Lodève, il put reprendre ses études classiques sous la direction d'un vieux cousin, ancien professeur ; en retour de ses leçons, il l'aidait à cultiver son jardin. Après avoir subi avec succès les épreuves des deux baccalauréats, il se rendit à Toulouse, où un frère aîné, professeur à la Faculté catholique, lui procura quelques élèves. C'est dans cette ville, fière de son passé, qu'avaient également débuté Pinel et Esquirol, occitaniens comme lui, et le jeune Arnaud ne se doutait pas alors de l'influence que la doctrine de ces maîtres exercerait sur sa destinée. La médecine l'attirait. Mais, à cette époque, Toulouse n'avait encore qu'une simple école ; il dut venir à Paris. L'existence y était difficile,

les études onéreuses. Il trouva une place de secrétaire auprès du directeur d'une école libre, où il devait également donner des répétitions, situation subalterne qui ne convenait guère à sa nature indépendante. Externe des hôpitaux en 1883, il devenait interne des asiles en 1886. Transplanté dans un milieu nouveau, devant vivre parmi ces Parisiens qui, suivant une expression de son pays, *parlaient pointu*, il garda l'âme méridionale ; il n'admettait point que son pays ne fût pas des plus beaux, et je l'ai entendu vanter, avec une conviction profonde, les fraîches vallées de l'Hérault.

L'asile de Villejuif ouvrant alors ses portes, il devint interne de Vallon, resta deux ans avec lui, et passa ensuite à Sainte-Anne, au service de la clinique. C'est de cette époque que date notre amitié. Devenu professeur des maladies mentales, Ball était resté médecin à Laënnec, et il avait ainsi deux internes, l'un à l'hôpital, l'autre à l'asile. C'est surtout à Villejuif qu'Arnaud réunit les éléments du mémoire présenté, en 1888, au concours du prix Esquirol, dont il fut lauréat. Ce travail, remanié et développé, devait devenir le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue peu après, et qui avait pour titre : « *Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme* ». Fait assez curieux, il y rapportait l'observation d'un malade qu'il avait connu en 1887 à Villejuif, et qui vivait encore en 1908 ; il eut alors l'occasion de présenter à la Société de psychiatrie ce cas de longévité chez un paralytique général.

Cette année 1888, au cours de laquelle il n'avait jusque-là compté que des succès, lui offrit, vers la fin de juillet, une assez vive déception. Nous concourions tous deux au clinicat, et c'est un troisième, Rouillard, déjà d'ailleurs chef de clinique adjoint, qui fut nommé. Arnaud avait été éliminé après la deuxième épreuve, une erreur de diagnostic, qu'à la vérité il n'avait pas faite, lui ayant été attribuée. Je m'efforçais de le consoler et de lui démontrer que les épreuves ne pesaient guère dans la balance, et que la nomination était décidée avant l'ouverture du concours, il n'en gardait pas moins, contre le jury, une certaine rancœur. A cette époque, le chef de clinique, ayant seul la signature



pour le service, était nommé médecin-adjoint des asiles, et touchait les deux traitements, c'est-à-dire trois cents francs par mois, ce qui n'était pas sans importance pour un jeune homme dépourvu de toute fortune. En compensation, il obtint la médaille d'or des asiles, avec une bourse de voyage d'une valeur de deux mille francs, et fut reçu au concours de l'adjuvat. Il se disposait à partir pour la province, quand un événement imprévu vint modifier sa destinée. Cotard, âgé seulement de quarante-neuf ans, était emporté en quelques jours par une diphtérie contractée au chevet d'un de ses enfants. Il s'agissait de le remplacer, et la succession était difficile à prendre, Cotard ayant acquis, parmi ses collègues, une légitime autorité. Vallon, présent, n'avait pas voulu aliéner sa liberté ; il proposa son premier interne, et Arnaud, abandonnant la carrière des asiles, entra à la maison de Vanves. Vivant dès lors auprès de Jules Falret, il put, dans cette fréquentation quotidienne, « apprécier mieux que tout autre, l'étendue et la finesse de son esprit, et aussi ses belles qualités morales, son inépuisable bonté, qu'il poussait jusqu'à l'abnégation de soi ». Telle fut aussi l'opinion de tous les élèves de Falret, et tous nous avons gardé le souvenir fidèle de cet homme si simple, si affectueux, si foncièrement bon, de ce savant modeste, de cet impeccable clinicien. C'est dans la fréquentation de ce maître, formé lui-même à l'école d'un père incomparable, qu'Arnaud put développer les connaissances acquises, poursuivre des recherches nouvelles, et parvenir à la notoriété. A l'exemple des deux Falret, il suivit la bonne route, simple et droite, et sut conserver à la maison de Vanves son renom d'indiscutable honorabilité. Certes il traversa des heures pénibles quand il dut, au début de la guerre, fermer l'établissement et disperser les malades, mais son énergie triompha des difficultés.

En 1890, il avait été nommé membre titulaire de la Société médico-psychologique, dont il faisait déjà partie comme correspondant. Dès lors, il prit une part active aux discussions, surtout dans les questions qui l'intéressaient plus spécialement, comme la paralysie

générale, les états anxieux, les obsessions. Aussi lui confiait-on, pour être discuté au Congrès de Toulouse, un rapport sur le diagnostic de la paralysie générale. Il étudie successivement, dans ce travail, les principaux symptômes et les affections susceptibles de simuler cette maladie. Parmi les signes psychiques il insiste surtout sur la démence qui, pour lui, constitue un véritable stigmate paralytique ; c'est sur ce fond déméntiel que se développent ces idées délirantes, qualifiées par Jules Falret de multiples, mobiles, non motivées et contradictoires. A la période prodromique il estime que la maladie peut seulement être soupçonnée, la réunion des signes physiques et psychiques étant indispensable pour le diagnostic. La paralysie générale sans délire lui paraît exceptionnelle et il ne l'admet pas sans aliénation. Quant aux cas décrits comme des pseudo-paralysies générales, il est porté à en faire des erreurs de diagnostic. Suivant lui la théorie infectieuse ouvrirait dans l'histoire de cette maladie une période nouvelle. Une opinion, qu'il soutint toujours avec ardeur, c'est que la cause la plus fréquente de la mort, chez les paralytiques généraux, n'est pas le marasme, mais un ictus.

Le délire des négations à évolution progressive lui apparaissait comme une psychose tardive, plus fréquente chez la femme, survenant soit à la suite d'un accès de mélancolie simple, soit après une période plus ou moins longue de mélancolie anxieuse.

Le vaste groupe des psychoses constitutionnelles offre, « au point de vue de son étiologie, ce caractère important d'être sous l'étroite dépendance d'une forte prédisposition névro ou psychopathique qui prépare le terrain sur lequel, tôt ou tard, se développera la maladie ». Cette prédisposition est latente ou apparente. Dans les délires systématisés, les folies périodiques et circulaires, le sujet peut sembler normal jusqu'à l'apparition de la psychose ou pendant l'intervalle des accès. Au contraire, dans la manie raisonnante, la folie morale, chez les persécutés persécuteurs, les impulsifs, les obsédés, il s'agit d'anormaux dont la prédisposition est de bonne heure apparente.

La psychasthénie et le délire ne sont pas incompatibles, et Arnaud insiste sur la coexistence, avec les obsessions conscientes, « de toutes les formes psychopathiques, depuis la manie et la mélancolie jusqu'à la démence précoce et à la paralysie générale ». Il distingue trois modalités principales. Tantôt il s'agit d'un accès délirant qui ne paraît pas présenter de relations avec les obsessions, et masque parfois les symptômes de l'état psychasthénique antérieur ; c'est une crise accidentelle et transitoire qui traverse l'existence du malade. Parfois il y a simplement coexistence des symptômes qui conservent leurs caractères généraux propres. Ce mode d'association est plus grave. L'état obsédant s'atténue peu à peu, le délire persiste et, après avoir compliqué la psychasthénie, semble en être la terminaison. Enfin, dans une troisième variété, qu'il appelle la psychasthénie délirante, le délire paraît constitué « par les obsessions elles-mêmes, dont l'expression est portée à un énorme degré d'exagération ». Ce sont surtout les obsessions religieuses, morales ou criminelles, qui dominent. Et à ce propos Arnaud se demande quel est le degré de conviction et de sincérité de ces malades. Chez eux le sens du réel étant altéré, il peut s'établir dans leur esprit une confusion entre la pensée obsédante d'un acte et cet acte lui-même, et ils s'accusent alors de crimes que cependant ils savent n'avoir pas commis. Ils sont des sur-simulateurs auto-accusateurs.

En 1913, ses collègues l'ayant appelé à présider, au Puy, le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, il choisit pour sujet de son discours, à la séance d'ouverture, l'*Anarchie psychiatrique*. Rappelant qu'Achille Foville signalait déjà, en 1872, la confusion des mots et même des idées, il ajoute que depuis cette époque on n'a pas cessé de substituer des mots nouveaux aux anciens, de multiplier les problèmes, d'émettre un jour, pour les rejeter le lendemain, des doctrines nouvelles. La confusion n'a pas disparu, et si l'on doit accueillir avec sympathie des théories qui provoquent les recherches et suscitent les travaux, il faut toutefois se garder des emballements. Arnaud, en

effet, bien qu'imprégné des doctrines anciennes, n'avait pas l'esprit rétrograde. Il suivait avec intérêt les efforts des autres, et pensait, avec Pinel, que vouloir rester stationnaire c'est reculer ; mais il mettait en première ligne, parmi les procédés d'exploration, l'exacte observation clinique qui, disait-il, « est sûre de l'avenir parce qu'elle est la vérité ».

A ceux-là seuls qui en sont dignes la fortune accorde ses faveurs. Après des débuts difficiles, si Arnaud connut le succès, il le doit, non pas à la chance, mais à son mérite propre. Il ne suffit pas de prendre, sous les auspices d'un nom célèbre, la direction d'un établissement honorablement connu ; il faut en accroître la prospérité, faire œuvre personnelle et se montrer capable de continuer la tâche de ses prédécesseurs. Tel était l'héritage incombant à Arnaud. Mais les obstacles ne l'effrayaient pas. Administrateur habile, médecin de haute valeur, chez lui l'autoritarisme était tempéré par la bonté, et il sut à la fois s'imposer et se faire aimer. Mais il avait d'autres vertus. Sa charité était connue, et partout où la bienfaisance trouvait l'occasion de s'exercer, on était certain de le rencontrer. Il affectionna tout particulièrement cette maison de Grenelle, siège du patronage des aliénées convalescentes que Jean-Pierre Falret avait créé, que Jules Falret avait pieusement maintenu. L'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, fondée par Baillarger pour secourir les veuves et les orphelins, l'intéressait aussi ; membre du conseil, il assistait régulièrement aux séances. On peut dire de lui, avec certitude, qu'il eut un grand cœur, une belle intelligence, et fut, dans toute l'acception du terme, un homme de bien. Cette existence active, utile et bien remplie, reçut en récompense les honneurs mérités, l'estime de ses pairs, des amitiés fidèles et les joies d'un foyer où vécurent près de lui une admirable femme et leurs sept enfants.

Sa santé paraissait robuste. Il s'était cependant, il y a environ dix-huit ans, inquiété de troubles cardiaques ; mais il avait définitivement renoncé à ses vieilles habitudes de fumeur, et ces symptômes s'étaient dissipés. En avril 1927, un peu avant Pâques, il avait constaté

un écoulement d'une oreille. Comme il ne souffrait pas, il continua ses occupations, tout en prenant quelques précautions. Il fit même un voyage, pour aller visiter sa propriété de Clermont-l'Hérault, qu'il aimait tant. Le 30 mai, à la célébration du centenaire de Pinel, nous l'avons vu à la Salpêtrière, à la Société médico-psychologique, à la Sorbonne; le lendemain, il assistait à la séance de l'Académie de Médecine, et s'excusait de ne pouvoir prendre part au banquet, à cause d'une gênante hémisurdité. L'apparition de vertiges le décida à consulter un spécialiste, une mastoïdite était constatée, et on l'opérait le 6 juin. Il mourait dans la nuit. Cette fin imprévue causa, dans les milieux qu'il fréquentait, une véritable consternation. Son absence laissera un vide dans nos sociétés dont il ne manquait guère les séances et où sa parole faisait autorité. Il aimait ces réunions mensuelles et les causeries qui les suivaient. Il aimait aussi nos congrès et les excursions diverses organisées à leur occasion, et il jouissait de ces jours de repos comme un collégien des vacances. Je me souviens, non sans émotion, d'un court voyage que nous fîmes tous deux, après le congrès de Marseille, en regagnant Paris par le chemin des écoliers, avec arrêts à Nice, Menton, Gênes, Turin, Aix-les-Bains et Dijon. Au cours de cette fugue, trop brève à notre gré, il montra une franche gaité, s'intéressant à tout, ne se fatiguant jamais, et son sommeil était si profond que j'avais de la peine à le réveiller le matin. Comme tout cela semble loin.

Que dire aux siens en ces heures de deuil ? N'ont-ils pas en eux le meilleur soutien ? Si la perte d'un être cher est toujours cruelle, si les coups inattendus frappent plus durement, si la maison semble plus vide encore, la foi, chez les croyants, affermit le courage, l'espérance adoucit l'amertume des regrets. Arnaud était un croyant. N'est-il pas consolant, pour celui qui s'en va et pour ceux qui restent, de savoir que tout n'est pas fini, que la séparation ne sera pas durable, et qu'un jour ils se réuniront pour vivre cette vie nouvelle dont la mort est le commencement ?

René SEMELAIGNE.

## INDEX DES PRINCIPAUX TRAVAUX D'ARNAUD

- *Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.* « Thèse de Paris », 1888.
- *Deux cas de paralysie générale avec autopsie chez des imbéciles.* « An. méd.-psy. », 1888, t. 8, p. 383.
- *Analyse des « Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses », par Jules Falret.* Ibid., 1890, t. 11, p. 147.
- *Analyse du « Délire des persécutions ou maladie de Lasèque », par Ball.* Ibid., 1890, t. 12, p. 315.
- *Rapport sur la candidature de Delaporte.* Ibid., 1891, t. 13, p. 430.
- *Rapport sur le prix Esquirol.* Ibid., 1891, t. 14, p. 89.
- *Analyse des « Etudes sur les maladies cérébrales et mentales », par Cotard.* Ibid., p. 324.
- *Sur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements (folie du doute avec délire du toucher).* En collaboration avec Raymond. Ibid., p. 1892, t. 16, p. 196.
- *Sur le délire des négations.* Ibid., p. 387.
- *La folie à deux. Ses diverses formes cliniques.* Ibid., 1893, t. 17, p. 337.
- *Variétés cliniques du délire de persécution. Observations (avec Jules Falret),* 1893, t. 270.
- *Rapport sur le prix Moreau de Tours.* Ibid., 1893, t. 18, p. 96.
- *Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de 84 ans passés (avec Gilbert Ballet).* Ibid., 1895, t. 1, p. 161.
- *Un cas d'illusion de déjà vu ou de fausse-mémoire.* Ibid., 1896, t. 3, p. 455.
- *Rapport sur le prix Aubanel,* 1896, t. 4, p. 75.
- *Rapport sur la candidature de Raymond.* Ibid., 1897, t. 5, p. 83.
- *Sur la période terminale de la paralysie générale et de la mort chez les paralytiques généraux.* Ibid., t. 5, p. 87 et « Arch. de neurol. », 1897, t. 3, p. 433.
- *Diagnostic de la paralysie générale.* « Congrès de Toulouse », 1897, p. 1.
- *Rapport sur l'ouvrage de Funaioli sur la paralysie générale.* « An. méd.-psych. », 1898, t. 8, p. 314.
- *A propos de la descendance des paralytiques généraux.* Ibid., 1899, t. 9, p. 304.
- *Rapport sur la candidature de Luigi Mongeri,* Ibid., 1900, t. 12, p. 297.

— *Analyse de « L'illusion de fausse reconnaissance », par Bernard Leroy, Ibid., 1900, t. 11, p. 306.*

— *Hépatisme et névropathie. Rapport sur un travail de Massalongho, de Venise. Ibid., 1901, t. 13, p. 101.*

— *Sur les causes et la prophylaxie de la folie. Rapport sur un travail de Funaioli, de Sienne, 1902, t. 15, p. 290.*

— *Analyse des « Obsessions et impulsions », par Pitres et Régis. Ibid., 1903, t. 17, p. 306.*

— *Rapport sur le prix Semelaigne. Ibid., 1903, t. 18, p. 295.*

— *Psychoses constitutionnelles. Dans « Traité de pathologie mentale », de Gilbert Ballet, 1903, livre V, p. 483.*

— *Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux. Congrès de Paris 1900, p. 242. Congrès de Bruxelles, 1903, p. 190.*

— *Rapport sur la candidature de Filippo Saporito, « An. m.-p. », 1905, t. 1, p. 243.*

— *Rapport sur la candidature de Motti, Ibid., 1907, t. 5, p. 432.*

— *Psychasthénie et délire. Congrès de Genève, 1907, p. 98.*

— *Rapport sur la candidature d'Angelo Alberti, « An. m.-p. », 1908, t. 7, p. 264.*

— *Rapport sur la candidature d'Antonio d'Ormea, Ibid., 1908, t. 8, p. 271.*

— *Paralysie générale de longue durée (avec Vallou), « Encéphale », 1908, 2<sup>e</sup> semestre, p. 238.*

— *Un cas de délire maniaque de longue durée chez un toxicomane à intoxications multiples (héroïne, morphine, cocaïne, alcool). En collaboration avec Sollier. Ibid., 1910, 2<sup>e</sup> sem., p. 73.*

— *Discours présidentiel à la Société médico-psychologique, « An. m.-p. »; 1910, t. 11, p. 445.*

— *Discours à l'installation du Bureau de la Société médico-psychologique. Ibid., 1911, t. 13, p. 275.*

— *Paralysie générale prolongée avec ictus et rémissions confirmée anatomiquement. En collaboration avec Laignel-Lavastine, « Encéphale », 1913, 2<sup>e</sup> sem., p. 50.*

— *L'anarchie psychiatrique. Discours présidentiel au Congrès du Puy, Congrès 1913, p. 20.*

— *Rapport sur la candidature de Valtorta, « An. m.-p. », 1913, t. 4, p. 555.*

— *Rapport sur la candidature de Maragnani, Ibid., 1914-1915, t. 6, p. 338.*

— *Discours à l'installation du Bureau de la Société de clinique mentale, « Bull. », 1922, p. 3.*

— *Sur la sincérité de certains délirants, « Journal de psychologie », 1922, p. 657.*

# ÉTUDES EXPÉRIMENTALES

## SUR LES ENFANTS ET LES ALIÉNÉS

selon la méthode des réflexes conditionnels (1)

Par le D<sup>r</sup> A.-G. IVANOFF-SMOLENSKY

(Privat-docent à l'Académie Militaire de Médecine  
et Professeur à l'Institut Pédagogique de Herten)

Le mécanisme des réflexes conditionnels étudié principalement sur les chiens par l'académicien I.-P. Pavloff et ses collaborateurs, nous a créé une nouvelle discipline dans l'histoire naturelle, la *physiologie de l'acti-*

---

(1) Dans leur remarquable rapport sur le SOMMEIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE (8<sup>e</sup> réunion annuelle de la Société de Neurologie, Paris, 1<sup>er</sup> et 2 juin 1927). MM. Lhermotte et H. Tournay décrivent ainsi les réflexes conditionnels de Pawlow (*Note de la rédaction*).

Les réflexes dits conditionnels sont des réflexes acquis au cours de la vie individuelle. Ils sont à distinguer des réflexes dont la notion est générale en physiologie, réflexes qui sont innés et auxquels Pawlow ajoute le qualificatif „absolus. Ces réflexes absolus sont, de plus, constants, la réponse à l'excitant qui leur est propre ne pouvant varier ; entre l'excitant et la réaction, la liaison est donc obligatoire et permanente.

Les réflexes conditionnels, par contre, se produisent à la faveur de liens occasionnels établis de façon temporaire, suivant un mécanisme que l'on peut aisément comprendre par l'exemple des réflexes salivaires.

La nourriture, agent différencié, provoque de façon constante un réflexe absolu de sécrétion.

Associe-t-on, dans certaines conditions de répétition et de fréquence, un excitant indifférent, par exemple l'émission d'un son déterminé, à l'administration de nourriture, par coïncidence cet excitant acquiert pour un temps le pouvoir de provoquer, à lui seul, la même sécrétion.

Ce type d'action par coïncidence peut se développer pour toutes les catégories de réactions innées : de nutrition, de défense, de reproduction.

« Un organe, dit Pawlow, entre en activité aussi bien sous l'influence de ses excitants permanents que sous celle d'excitants temporaires. Les excitants temporaires remplissent en quelque sorte le rôle d'avertisseurs, remplaçant ainsi les excitants permanents, et rendent



*vité nerveuse supérieure.* Il est tout naturel d'appliquer maintenant cette méthode à l'étude de *la physiologie de la conduite de l'homme.*

---

les relations de l'animal avec le monde extérieur beaucoup plus complexes et plus fines. »

Tandis que le mécanisme des réflexes ordinaires joue, en sa brutalité, à toutes les hauteurs du système nerveux, pour l'établissement de ces réflexes temporaires un fin mécanisme d'analyse des perceptions venues du dehors est nécessaire. En fait, l'élaboration des réflexes conditionnels est l'œuvre propre des hémisphères cérébraux ; l'écorce cérébrale enlevée ou mise hors de fonction, il n'y a plus place pour les réflexes conditionnels.

Ainsi, « grâce à ce phénomène fondamental de l'activité nerveuse supérieure, on peut étudier toute l'activité des hémisphères, c'est-à-dire toute la synthèse et toute l'analyse des milieux intérieurs et extérieurs dont est capable l'animal donné. »

Cette élaboration est accomplie, selon Pawlow, à l'aide d'appareils construits d'éléments qui vont depuis les extrémités périphériques des organes des sens jusqu'à la partie correspondante de l'écorce cérébrale et que l'on peut dire analyseurs, « analogues à nos analyseurs physiques et chimiques. »

Ainsi capté par l'analyseur, tout phénomène peut devenir un excitant de réflexes et, réciproquement, tout mécanisme de formation de réflexes nouveaux devient un moyen d'étudier avec précision l'activité des analyseurs.

Deux processus fondamentaux sont à la base de la mécanique nerveuse : l'excitation et l'inhibition.

La formation des réflexes conditionnels procède de l'excitation. Mais, les liens temporaires ainsi formés n'ont-ils plus de raison d'être, ils sont défaits par inhibition.

Ces deux processus sont, en fait, engendrés par certaines stimulations et ils subissent l'un comme l'autre dans la masse nerveuse un certain déplacement, dont la durée se mesure par des secondes et même des minutes, la vitesse paraissant être moindre pour l'inhibition.

Or, ce déplacement se fait dans les deux sens, c'est-à-dire que chacun de ces processus au début irradie dans les hémisphères, puisqu'il se concentre en un point déterminé.

Essentiellement, la formation des liaisons temporaires procède du pouvoir de concentration des processus d'excitation.

Existe-t-il une excitation forte, toute autre excitation qui vient à ce moment frapper ailleurs les hémisphères est attirée au point d'application de la première excitation plus forte et s'y concentre. Inversement, toute excitation forte irradie et va renforcer l'excitabilité d'autres points.

L'inhibition, pareillement, peut se concentrer et irradier.

Enfin, entre l'excitation et l'inhibition joue un processus d'induction réciproque. Une excitation née en un point déterminé provoque autour d'elle une phase négative d'inhibition qui circonscrit l'irradiation. A son tour, une phase positive d'excitation vient circonscrire

L'examen des réflexes conditionnels sur les enfants de quelques années a été commencée en 1907 par Krasnogorsky. Ce travail nous montrera les différents procédés de l'analyse des réflexes conditionnels que nous avons adoptés dans ces tout derniers temps (1917-1927) pour l'étude de l'activité nerveuse supérieure des enfants de 5-15 ans, des adultes et principalement des aliénés.

---

l'inhibition. Ainsi se renforcent, dans l'étendue des hémisphères, des délimitations entre les zones excitées et inhibées qui dessinent comme une mosaïque.

Pawlow distingue de l'inhibition externe, qui répond au type, connu depuis longtemps en physiologie, réalisé dans les régions inférieures du système nerveux par le conflit d'excitations simultanées-dépendant de centres différents, ce qu'il appelle l'inhibition interne. Sans doute ces deux variétés ne diffèrent-elles pas dans leur essence, mais uniquement dans les conditions de leur apparition.

S'appliquant aux réflexes conditionnels, l'inhibition externe agit par le mécanisme suivant : lorsqu'une excitation nouvelle apparaît dans les centres nerveux, l'excitabilité du réflexe conditionnel existant diminue considérablement ou même disparaît complètement.

L'inhibition interne est peut-être particulière aux hémisphères.

D'après ce qu'apprend une analyse expérimentale détaillée, dont il est impossible de rendre compte à cette place, son intervention dans les réflexes conditionnels peut se manifester selon ces quatre modes :

- a) Disparition progressive du réflexe conditionnel ;
- b) Retard du réflexe conditionnel ;
- c) Inhibition conditionnelle ;
- d) Inhibition différentielle.

D'autre part, suivant un autre processus que peut aussi déceler l'analyse expérimentale, de même qu'un agent peut provoquer l'inhibition de l'excitant conditionnel, un autre agent, appliqué dans certaines conditions, pourra inhiber l'inhibition interne, libérant ainsi l'excitation. Ce processus de « désinhibition » peut effectivement être appliqué à chacun des quatre modes de l'inhibition interne.

Comme si l'inhibition interne était moins stable que le processus d'excitation, ce sont les agents forts qui inhibent et les agents modérés qui désinhibent.

Enfin, si, après avoir provoqué la disparition complète d'un réflexe conditionnel bien établi, puis à l'excitant du réflexe disparu associé un agent indifférent, l'on répète un certain nombre de fois l'action associée de ces deux agents, l'agent indifférent peut devenir inhibiteur, c'est-à-dire qu'associé à un excitant conditionnel efficace il va maintenant le rendre inefficace.

Ainsi, « à l'aide d'un processus d'inhibition interne déjà existant, on peut obtenir un nouveau réflexe conditionnel négatif — c'est-à-dire inhibiteur — tout comme on obtient un nouveau réflexe conditionnel positif à l'aide d'un réflexe conditionnel solidement établi. »

Nos expériences se firent d'abord au laboratoire psycho-physiologique de l'Académie de Médecine et ensuite au laboratoire de l'Institut Pédagogique Herzen à Léninegrad.

Les expériences sur les enfants se font ainsi : on place l'expérimentateur et l'enfant soumis à l'expérience dans des pièces voisines ; le mur entre les chambres est percé dans deux endroits, une ouverture est faite pour observer l'enfant et dans l'autre on passe un tuyau en métal de 55 cm. de longueur et 33 cm. de diamètre. Ce tuyau est incliné vers l'enfant sous un angle de 45° et ses deux bouts sont munis de clenches, fermant les ouvertures, comme dans un appareil photographique ; l'un des bouts du tuyau est tourné vers l'expérimentateur et l'autre vers l'enfant examiné.

Chaque clenche se manœuvre au moyen d'une poire en caoutchouc. La clenche supérieure est jointe à l'enregistreur Déprez ; lorsque l'expérimentateur presse sur la poire, 1) la clenche ouvre le tuyau, 2) en même temps se produit le contact du courant électrique et cette réaction est aussitôt inscrite sur le ruban du cimographe (voir fig. 1).

La poire qui ouvre la clenche inférieure, tournée vers l'enfant, est reliée au tambour Marey, placé dans la chambre de l'expérimentateur. La pression de cette poire, en ouvrant l'ouverture inférieure, met également en mouvement le manomètre ou le tambour Marey et cette réaction motrice se fixe de même au cimographe.

Au-dessus de l'ouverture supérieure du tuyau, est située une petite planche inclinée vers le tuyau, sur laquelle l'expérimentateur pose un bonbon au chocolat. Lorsque la clenche s'ouvre, le bonbon pénètre dans le tuyau et glisse à cause de la position inclinée de 45° vers l'enfant examiné. Dans son dernier tiers, le tuyau métallique est pourvu d'une petite fenêtre vitrée (3 × 15 cm.) et devant son ouverture inférieure se trouve placée une soucoupe métallique.

Voyant le bonbon glisser devant la fenêtre, l'enfant presse la poire en caoutchouc qui ouvre le bout inférieur du tuyau et le bonbon tombe dans la soucoupe. Le bonbon reçu est aussitôt mangé par l'enfant.

Cet appareil est représenté sur la figure I.

Quand l'enfant est bien habitué à l'usage de cet appareil, l'expérimentateur commence à former le réflexe

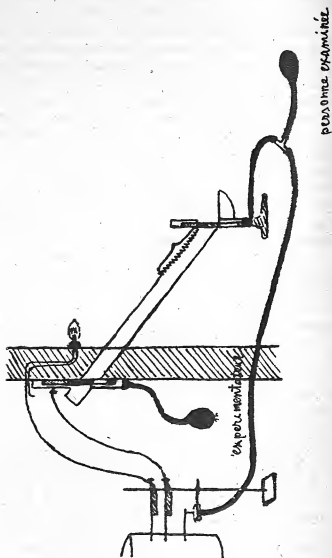


Fig. 1.

conditionnel moteur au son de la clochette, à l'éclat de la lampe électrique, au bruit du métronome, à l'irritation tactile de la peau ou encore à quelque autre signal.

En faisant sonner la clochette durant 2-3 secondes

par intervalles de 0,25 jusqu'à 2 minutes, l'expérimentateur presse en même temps la poire et fait glisser le bonbon vers l'enfant, qui le voyant passer devant la vitre presse la poire à son tour, fait ouvrir la clenche et reçoit le chocolat.

Le son de la clochette, la réaction de l'expérimentateur, le mouvement correspondant de l'enfant sont enregistrés au manomètre ou au cimographe et nous permettent de mesurer la période latente et l'intensité de la réaction.

Après un certain nombre d'irritations (sons de clochette suivis de réception de la nourriture), on

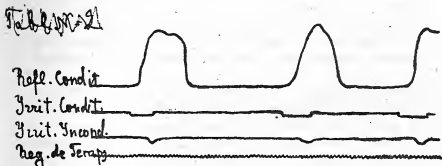


FIG. 2.

peut remarquer que l'enfant commence à presser la poire avant d'avoir aperçu le chocolat par la fenêtre, en entendant seulement le son de la clochette.

Donc nous avons formé un nouveau réflexe conditionnel provoquant la pression de la main aussitôt après la mise en action de l'irritateur acoustique (son de clochette), lequel auparavant n'évoquait chez l'examiné aucune réaction. Voyez la note du cimographe sur le tableau N = 2.

En mettant d'accord un coup de sonnette avec la réception de la nourriture, et laissant le coup de l'autre sonnette sans renforcement, on obtient ce qui s'appelle la différenciation de l'irritateur conditionnel, évoquant une inhibition sur le coup de la seconde clochette.

Le premier son de la clochette provoque toujours

une réaction motrice, tandis que l'autre, en règle générale, ne l'évoque jamais.

Si nous sonnons durant 10-20 secondes au lieu de 2-3, nous allons faire retarder l'apparition du réflexe conditionnel, la réaction sera inhibée au courant des premières secondes et n'apparaîtra qu'à la 10-20<sup>e</sup> seconde.

En ajoutant de temps en temps un nouvel irritateur au son de la clochette, l'éclat d'une lampe électrique par exemple, sans l'accompagner de nourriture, nous avons obtenu que la lampe électrique devint une inhibition conditionnelle.

Répétant le son de la clochette plusieurs fois de suite sans renforcement (nourriture), nous avons éteint le réflexe conditionnel.

De cette manière, nous avons réussi à examiner toutes les formes de *l'inhibition interne des réflexes conditionnels* (différenciés, retardatoires, conditionnels et amortissants).

On peut juger du développement de l'inhibition interne d'après la prolongation de la période latente et la diminution de l'intensité du réflexe conditionnel.

*L'inhibition externe, la désinhibition, l'irradiation* et la concentration des procès irritatifs et inhibitoires ainsi que l'induction corticale dans l'écorce des grands hémisphères furent étudiées par cette même méthode.

Nous examinons maintenant en détails les particularités que représentent ces procès suscérebraux fondamentaux chez les enfants, qui furent étudiés premièrement sur les animaux.

On a pu établir toute une série de particularités, dépendant de l'âge et du type, dans le travail des grands hémisphères de l'enfant.

Cette même méthode peut être utilisée pour l'analyse des aliénés, principalement des individus pris de démence (imbécillité et débilité) dans les cas de schizophrénie, paralysie progressive, etc.

Pour l'analyse des adultes bien portants, nerveux ou aliénés, nous préférons appliquer une méthode tant soit peu différente.

Pendant l'étude sur les chiens, on a réussi à découvrir qu'il était possible de former un nouveau réflexe condi-

tionnel, non seulement à l'aide du réflexe inconditionnel, mais aussi à l'aide d'un autre réflexe conditionnel déjà devenu stable (Zélény, Foursikoff).

Quand l'homme apprend à parler, toute une série de signes acoustiques (de mots) évoque en retour des mouvements conditionnels déterminés ; l'ordre du médecin : « montrez la langue ! » produit chez le malade une réaction conditionnelle correspondante (acquise au courant de la vie).

L'invitation de s'approcher, de regarder ceci ou cela amène des mouvements correspondants ; l'ordre : « arrêtez-vous, ne regardez pas, retenez le souffle », présente des signaux inhibitoires, et ainsi de suite.

Nous utilisons au laboratoire ces vieux réflexes conditionnels locomoteurs (devenus stables au courant de la vie), provoqués par les signaux parlés, pour la formation de nouveaux réflexes conditionnels sur n'importe quelle irritation acoustique, cutanée ou visuelle.

On pose la main du sujet soumis à l'expérience sur la poire en caoutchouc jointe au manomètre ou au tambour Marey, installés devant l'expérimentateur dans la chambre voisine. Sans prévenir le sujet, l'expérimentateur donne un signal quelconque ; il allume par exemple, au moyen du courant électrique, une lampe devant les yeux de l'examiné ; au bout de 2-3 secondes, il ajoute au signal visuel l'ordre de presser la poire.

Répétant la même chose plusieurs fois de suite, l'expérimentateur obtient que le sujet commence à presser la poire avant d'avoir reçu son ordre en voyant le signal seul de la lampe allumée ; il se forme donc un réflexe conditionnel locomoteur sur l'irritateur visuel. L'enregistrement du réflexe se fait au moyen du manomètre ou du cimographe.

En formant les réflexes inhibitoires, nous disposons de « renforcements inhibitoires » accompagnant le signal conditionnel d'un ordre négatif (« ne pressez pas la poire »).

Outre la réaction motrice propulsive, nous disposons également de la réaction défensive qui surgit quand on fait retirer la main de l'examiné de la clé télégraphique (comme pendant l'examen d'une simple réaction) en

donnant l'ordre « retirez » au lieu de dire « pressez ».

A l'aide de ce simple procédé, on réussit à démontrer que les réactions cérébrales qui furent appelées par les psychologues « actions volontaires » sont entièrement soumises aux lois fondamentales de l'activité nerveuse supérieure étudiée par le Professeur I.-P. Pavloff et ses collaborateurs sur les animaux supérieurs.

De différentes espèces de l'inhibition interne, son irradiation, concentration et induction, ainsi que l'inhibition externe, etc., furent examinées par nous sur les enfants et les adultes bien portants, nerveux ou aliénés, selon cette même méthode.

Nous sommes parvenus à établir que dans les cas de psychasthénie, l'irradiation des processus inhibitoires et irritatifs devient plus intense tandis que la faculté de leur concentration s'affaiblit.

Parmi les enfants et les adultes, on peut distinguer plusieurs types principaux de l'activité nerveuse supérieure : type équilibré et type irradié : a) avec prédominance des procès irritatifs, b) avec prédominance des processus inhibitoires (Novikoff, Ronchevsky, Harzstein, Kapoustnik, Fadeeff).

Les hémisphères sont un organe réflexocréateur (réflexopoïétique), tout comme la rate est un organe créateur du sang (hématopoïétique). A l'aide de la formation d'une quantité de réflexes conditionnels positifs et inhibitoires, se réalise la bioadaptation de l'individu à la réalité présente, sa pondération dans l'ambiance externe.

Sur ces fonctions du cerveau se fixa de leur temps l'attention de Ribot et de Janet.

La méthode des réflexes conditionnels nous rend possible l'étude expérimentale de l'activité réflexocréatrice, c'est-à-dire la fonction bioadaptative des grands hémisphères.

Nous devons donc conclure que :

1) Le travail des grands hémisphères du cerveau peut être soumis à l'étude physiologique comme le travail de tout autre viscère.



Sans essayer de pénétrer dans le monde intérieur et dans les idées de l'individu soumis à l'expérience, nous étudions seulement ses réflexes positifs ou négatifs, évoqués par nos irritateurs.

Nous portons intérêt aux irritations et inhibitions cérébrales, aux réflexes conditionnels (acquis) et inconditionnels (innés), à leur influence réciproque, sans nous intéresser aux pensées, aux sens et aux désirs de l'individu.

2) Faisant des études sur les enfants et certains malades (pris de démence), on peut utiliser les réflexes conditionnels primitifs, c'est-à-dire des réflexes conditionnels formés à l'aide des réflexes inconditionnels. Comme irritateur inconditionnel, nous employons habituellement l'irritateur alimentaire, la nourriture.

3) L'examen des adultes bien portants, nerveux ou aliénés doit se produire autrement : il est plus utile de mettre en action la méthode des réflexes conditionnels *non primitifs*, c'est-à-dire des réflexes que nous recevons à l'aide des réflexes conditionnels anciens, acquis dans l'ontogénie.

Comme renforcement dans ces cas-là, nous allons employer les signaux locutifs, liés dans l'ontogénie à telle ou telle réaction motrice correspondante.

4) La méthode des réflexes conditionnels rend possible l'étude sur l'enfant et sur l'adulte des particularités de leurs procès d'inhibition interne et externe, le mouvement du processus irritatif et inhibitoire dans l'écorce des grands hémisphères, l'influence réciproque de ces processus (l'induction), les phénomènes de la synthèse et de l'analyse cérébrale et ainsi de suite.

5) Les réactions cérébrales, reconnues par Ribot comme les « réflexes d'ordre supérieur » et nommées « actions volontaires » par les psychologues, sont soumises, ce qui est prouvé expérimentalement, à toutes les lois fondamentales de l'activité nerveuse supérieure, examinée sur les animaux selon la méthode des

réflexes conditionnels (analyse et synthèse corticales, irritation et concentration de l'excitation et de l'inhibition, induction, etc.).

6) L'étude expérimentale sur les enfants et les adultes bien portants ou aliénés établit différentes particularités, selon l'âge, le type et la pathologie de la fonction réflexo-créatrice des grands hémisphères.

Ces particularités dépendent avant tout de la faculté excitative de l'écorce cérébrale et de l'équilibre de ses processus irritatifs et inhibitoires.

7) La bioadaptation de l'individu à son milieu bio-social, son adaptation à la réalité présente dépendent de la faculté réflexo-créatrice de l'écorce des grands hémisphères.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 27 JUIN 1927

Présidence de M. SEMELAIGNE, ancien Président

M. Henri COLIN, Secrétaire général. — M. le D<sup>r</sup> LEGRAIN, Président, et M. LEROY, Vice-Président, tous les deux appelés en province auprès de membres de leur famille, en ce moment malades, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance. Nous demanderons à M. Semelaigne, ancien Président, de bien vouloir diriger les débats.

M. GUIRAUD, *Secrétaire*, s'excuse également de ne pouvoir être des nôtres.

*Assistent à la séance* : MM. Eissen, Heuyer, Beaudouin, Minkowski, Mme Minkowska, membres correspondants.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La date de la séance ordinaire de juillet coïncidant avec l'ouverture à Blois du *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française*, la séance de la Société Médico-Psychologique sera avancée de huit jours et aura lieu le lundi 18 juillet.

DÉCÈS DE M. ARNAUD

*Allocution de M. LEGRAIN, Président*

Mes chers Collègues, il y a un mois, au grand jour des fêtes inoubliables de Pinel, notre collègue Arnaud était parmi nous. Avec sa bonhomie habituelle, en harmonie si logique avec la pensée qui nous animait tous, il prenait largement sa part des manifestations de res-

pectueux souvenir que nous offrions en hommage à celui qui fut notre guide charitable dans l'exercice de notre profession.

Arnaud était entouré de ses enfants. C'est un fait d'importance, quand on sait ce que fut pour notre collègue la Famille, la nombreuse et sainte Famille, et le Culte qu'il avait voulu lui vouer en accord avec des traditions très chères et très pures.

Qui donc aurait pu présager que quelques jours seulement séparait notre aimé collègue d'une fin qui fut aussi surprenante que prématurée ? Dans la simplicité de son âme, qui n'eut rien du besoin de se singulariser, mais qui eut tout de la vraie Modestie, notre collègue désira quitter cette terre sans la pompe habituelle, dont nous entourons avec une légitime ferveur ceux des nôtres qui s'en vont entourés de notre estime et de notre respect : il usa de cette formule significative : point de fleurs, point de couronnes, point de discours.

Nous n'avons pas le droit de heurter un pareil désir, ni d'user de prétextes, si excusables qu'ils soient, pour aligner des mots sonores à la gloire d'un homme à qui, du reste, notre estime discrète, notre constante admiration assura, bien avant le jour suprême, le juste tribut que lui valaient ses vertus. Nous choquerions sa mémoire.

Aussi bien n'est-ce point encore le temps, retenus par l'angoisse aiguë de la séparation, d'examiner ce que fut l'œuvre scientifique d'Arnaud. J'envisage pour un jour prochain, un charme et un réel profit à tenter l'étude d'une œuvre toute faite de sens clinique, de bon sens tout simplement, comme ce devait être de la part d'un savant qui fut un des familiers de Falret, l'une des plus solides gloires de l'objectivité clinique.

Nous garderons longtemps la mémoire de l'animation qu'Arnaud savait donner à ses interventions fréquentes au cours de nos débats. Les pages de nos *Annales* en sont remplies, car Arnaud avait l'esprit vif, la répartie énergique et ses avis portaient souvent loin. Il y a dans ces manifestations occasionnelles de la pensée scientifique beaucoup plus à glaner parfois qu'en des travaux de longue haleine. Celui de nous qui saura

réunir en un faisceau harmonieux toutes les idées qui pointent de çà, de là, dans les copieuses séances de notre Compagnie, surprendra peut-être bien des lecteurs. Car on y discernera dans l'esprit de notre collègue l'existence de directives sérieuses et immuables, fruit d'une vaste expérience et d'une réflexion très mûre, et qui formaient pour lui tout un corps de doctrine.

Arnaud ne fut jamais réfractaire à ce qu'on décore du nom d'idées neuves ; mais, très pondéré, éclairé par une prudence dont il ne s'est jamais départi, il ne s'aventurait dans les sillons récents qu'à bon escient, jouant à cet égard le rôle d'un utile frein, ce rôle qu'on reconnaît volontiers aux sages et qui nous garde des exagérations.

J'en ai dit assez sur l'Homme de Science. Après avoir écarté l'idée d'un discours, il ne conviendrait pas d'aller plus avant.

Mais n'avons-nous pas le droit, entre nous, en famille en quelque sorte, de consacrer quand même quelques instants de méditation au souvenir de l'ami avec qui nombre d'entre nous ont traversé une vie déjà longue ? De ce souvenir ému, nul ne peut nous priver, pas même celui qui en est l'objet.

Pendant 40 années, j'ai marché côte à côte avec cet excellent collègue disparu, car je l'ai précédé de bien peu dans la carrière. Pendant 40 ans il fut membre de notre Compagnie ; il n'y fut point un figurant, car chacun sait que nul ne fut plus fidèle que lui à nos réunions où il ne rencontrait que des amis. Toujours il fut porté avec unanimité aux postes de vedette que nous réservons aux guides sûrs, aux hommes d'élite. Il fut notre Président ; il présida nos assises annuelles, il donna son dévouement à tout ce qui intéresse plus ou moins directement notre spécialité, notre groupe d'anciens internes, notre association de bienfaisance mutuelle, etc.

De très bonne heure, il consacra sa vie à la clientèle privée, clientèle délicate, difficile, où il sut mettre en pratique les admirables enseignements du maître Falret. Il laissera dans la vieille maison de Vanves la trace

d'un homme aimé pour sa bonté, pour sa bienveillance inépuisable, pour son expérience vraiment consommée des malades, celle de qui dépend la sécurité, morale et matérielle, de tant de familles cruellement éprouvées.

Je suis heureux pour ma part de la mission qui m'incombe de rendre un hommage discret, mais sans réserve, à un bon camarade dont j'eus tant de fois l'occasion d'éprouver les vertus.

Nous tenons encore à lui fort heureusement, non pas seulement par le souvenir, mais par des liens plus tangibles. La famille aliéniste compte encore et pour longtemps, notre estimé et ardent collègue de Rouffach, le Dr Adam, gendre du regretté Arnaud. C'est à lui qu'en terminant je tiens à adresser l'expression de notre profond regret, à lui qui voudra bien s'en faire l'interprète auprès de toute la famille d'Arnaud, à laquelle notre Société restera fidèle sans retour.

Conformément à une pieuse coutume, je déclare la séance suspendue en signe de deuil, et afin que nos collègues méditent en commun pendant quelques instants, sur cet ami qui laisse parmi nous un si grand vide.

Conformément à l'usage, la séance est levée en signe de deuil.

#### REPRISE DE LA SÉANCE

M. Henri COLIN, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Boven, privat-docent à la Faculté de Médecine de Lausanne, Vice-Président de la Société Suisse de Psychiatrie, qui pose sa candidature au titre de membre associé étranger. Nous proposons une Commission composée de MM. Semelaigne, Charpentier, Legrain, rapporteur (adopté) ;

une lettre de M. le Dr Martimor qui remercie la Société de lui avoir accordé le prix Belhomme ;

une lettre de M. le Dr Marie demandant à la Société de le déléguer au Congrès de médecine légale qui se

tiendra en juillet à Lyon, et au Congrès d'anthropologie qui aura lieu à Amsterdam, en septembre.

MM. Heuyer et Roubinovitch demandent également à être délégués par la Société au Congrès de médecine légale. La Société sera donc représentée par MM. A. Marie, Heuyer et Roubinovitch ;

des lettres de M. le D<sup>r</sup> Vervaeck et de Mme le Docteur Tysbaert, de M. le D<sup>r</sup> L. Bouman, professeur de Psychiatrie et de neurologie à l'université d'Utrecht, de M. le Professeur Ernest de Craene, de M. le Professeur Robertson, d'Edimbourg, qui remercient la Société de les avoir nommés membres associés étrangers.

Nous extrayons le passage suivant de la lettre de M. le Professeur de Craene : « Je vous prie d'être mon interprète auprès des membres de la Société pour leur dire combien je suis sensible à cet honneur, que je dois principalement à leur bienveillance et heureux d'appartenir à un groupement scientifique au sein duquel se maintiennent les plus saines et les plus pures traditions de la psychiatrie française que, suivant mes faibles moyens, je m'efforce de servir dans les Marches du Nord. »

Voici maintenant la lettre du Professeur Robertson :

« MONSIEUR ET TRÈS HONORÉ COLLÈGUE,

« Veuillez remercier les membres de la Société Médico-Psychologique de m'avoir nommé membre associé étranger. J'estime que c'est pour moi un grand honneur d'être membre d'une société aussi distinguée que la vôtre. Les membres de la « Royal Medico-Psychological Association » regarderont cette action bienveillante de la part de la Société comme la preuve de l'amitié qui existe entre les deux Sociétés. Une amitié qui, de notre côté, se montra dans le fait que quatre de nos Membres allèrent à Paris pour assister aux célébrations du Centenaire de Pinel et lui rendre hommage.

« Je puis ajouter que Lord Crewe, ambassadeur de la Grande-Bretagne à Paris, exprima aux délégués sa

haute appréciation de leur visite et de leur ardent désir de maintenir « l'entente cordiale » entre les deux pays. »

A l'occasion du Centenaire de Pinel, le Professeur Sommer envoie à la Société la photographie du médaillon de Pinel qui sur sa proposition fut placé à la Clinique des maladies nerveuses et mentales, lors de son ouverture en 1896. Ce médaillon est l'œuvre du sculpteur Gottlieb Elster, l'auteur du monument du poète Kleist à Francfort.

M. le Président lit la lettre suivante au nom de M. LEGRAIN, président.

« Mes chers collègues, un mois nous sépare des fêtes organisées par notre Société en l'honneur du Centenaire de Pinel. Elles ont été couronnées du plus franc succès. Mais si nous avons eu tout le loisir de jouir de cette belle manifestation, il ne faut pas oublier ceux qui furent à la tâche. Celui qui assiste en curieux, ne se doute point des énormes difficultés que recèle la préparation d'une telle manifestation. Je tiens beaucoup à remercier en votre nom, tout particulièrement, notre secrétaire général, le D<sup>r</sup> Colin qui fut, sans une minute de défaillance, l'artisan de tout le travail. Nous serions ingrats si nous ne marquions par notre approbation amicale tout ce que nous devons à notre dévoué collègue. »

« D<sup>r</sup> LEGRAIN. »

*Adhésion.*

### *Rapport de candidature*

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, à la séance de mai, vous avez nommé une commission composée de MM. Henri Colin, Th. Simon et René Charpentier, rapporteur, chargée d'examiner les titres de M. J.-Ch. Miller, de Québec, à une place de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Docteur en médecine de l'Université de Montréal depuis 1922, le D<sup>r</sup> J.-Ch. Miller a successivement



rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux de Montréal, en 1921 et 1922, de médecin assistant au Danvers State Hospital pour aliénés de l'Etat de Massachusetts (Etats-Unis d'Amérique) en 1922 et 1923, d'assistant chef de service à l'hôpital Saint-Michel-Archange, de Québec, en 1924 et 1925.

Depuis bientôt deux années, le Dr J.-Ch. Miller habite Paris où il est venu compléter ses études de psychiatrie et de neurologie. En particulier, il travaille actuellement dans le service du Dr Th. Simon, à la colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse où il se prépare aux importantes fonctions qui lui sont destinées. A la 30<sup>e</sup> session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, à Genève et à Lausanne (1926), le Dr Miller fut le délégué officiel de la province de Québec.

Il présenta à cette session un exposé très intéressant sur *l'évolution psychiatrique au Canada (province de Québec)*. Tout récemment encore il a publié, en collaboration avec le Dr Th. Simon, dans le *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, un travail sur *les séquelles d'encéphalite léthargique chez les enfants internés à la Colonie de Perray-Vaucluse*.

Nommé Directeur du Service Médical de l'Hôpital pour enfants anormaux de Québec, dont l'aménagement se poursuit actuellement, le Dr J.-Ch. Miller va nous quitter prochainement pour rejoindre son poste. A Québec au mois de septembre dernier, j'ai pu voir les plans de ce bel hôpital des Sœurs de la Charité. On commençait alors la construction, mais au pays de Québec, « on construit vite » et dans quelques semaines, le Dr J.-Ch. Miller aura, pour commencer, la direction médicale d'un service de 500 lits, pourvu de l'installation la plus moderne.

Votre Commission, Messieurs, est unanime à vous proposer l'élection du Dr J.-Ch. Miller au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Notre Société ne s'assurera pas seulement ainsi un membre, sur l'activité duquel elle compte. Elle donnera à cette élection un sens particulier ; l'indication

à nos collègues Canadiens français de la reconnaissance que nous leur gardons de leurs efforts et du prix que nous attachons à leur collaboration.

Et si un regret vient assombrir cette élection, ce sera de ne pouvoir accueillir que sous l'impropre dénomination de membres associés étrangers, ceux que tous ici, en dépit de l'Histoire, nous considérons comme des correspondants nationaux.

A la suite de ce rapport, le D<sup>r</sup> J.-Ch. Miller (de Québec) a été élu membre associé étranger de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

## **Le divorce pour cause d'aliénation mentale.**

### **Examen de la proposition de loi Palmade et André-Hesse**

par le D<sup>r</sup> Jean EISSEN,

Médecin-Chef de l'Asile de Stéphansfeld

et Paul PROVENT,

Docteur en Droit, Avocat

Voici bientôt quarante ans que le rétablissement du divorce a ressuscité, en France, la bataille entre partisans et adversaires de la dissolution du lien matrimonial pour cause d'aliénation mentale ; et il ne semble pas que les discussions académiques auxquelles médecins et juristes se sont livrés aient réussi à faire triompher les uns ou à convaincre les autres (1). Ne vaut-il donc pas mieux transporter la controverse sur un terrain positif, en supposant, comme les géomètres, le problème résolu, et en examinant les conséquences

---

(1) Rappelons que la bibliographie sur la question se trouve très complète dans RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 6<sup>e</sup> éd., p. 1177 ; PRINCE, in *Ann. Méd.-Psychol.*, 1<sup>er</sup> semestre 1923, p. 315, et TRÉNEL, in *Ann. Méd. Lég.*, juillet 1926, p. 358.

qu'offrirait l'introduction, dans notre droit civil, de cette institution dont on dit à la fois tant de bien et tant de mal ? Au surplus, une récente initiative parlementaire nous y convie, car elle nous offre une base objective de discussion ; ce n'est pas à dire que la proposition de loi de MM. Palmade et André-Hesse, tendant à instituer l'aliénation mentale comme cause de divorce, et déposée sur le bureau de la Chambre des Députés en 1925, soit la première de son espèce ; nous citerons pour mémoire les précédents que constituent les propositions Cruppi, Maurice Violette, Maurice Colin ; mais le caractère original et complet de la proposition Palmade et Hesse, l'autorité juridique de ses auteurs, dont l'un est agrégé des Facultés de Droit, l'autre, avocat réputé, et surtout son cachet d'actualité, — elle devait être examinée par la Chambre au mois de mai 1927, mais la discussion en a été ajournée (1), — la recommandent tout particulièrement à notre attention. Ce cachet d'actualité est encore accentué de ce que le 31<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes, qui doit se tenir à Blois à la fin du mois de juillet prochain, a inscrit à son ordre du jour la question du divorce des aliénés.

C'est donc principalement la réalisation pratique donnée au principe du divorce pour cause d'aliénation mentale par la proposition Palmade et André-Hesse que nous allons étudier.

Nous examinerons successivement :

I. L'aliénation mentale et la dissolution du mariage en Droit français actuel ;

II. Le principe du divorce pour cause d'aliénation mentale ;

---

(1) Cette proposition de loi a été déposée à la Chambre des Députés à la séance du 27 mars 1925 (ann. n° 1474) et renvoyée devant la Commission de Législation ; le rapport au nom de cette Commission a été fait par M. Frot et déposé sur le bureau de la Chambre, le 12 novembre 1926 (ann. n° 3428). — Elle a fait l'objet de brèves analyses dans la *Revue Trimestrielle de Droit Civil*, 1925, p. 964, n° 10 et 11, et 1927, p. 534, n° 9. — Pour plus de brièveté, nous n'envisagerons ici que le texte définitivement donné à la proposition par la Commission de Législation.

## III. L'économie générale du projet Palmade et Hesse :

§ 1. Critérium permettant de faire prononcer le divorce ;

§ 2. Procédure ;

§ 3. Effets du divorce pour aliénation mentale ;

IV. et V. Intérêt social de la réforme et conclusion.

## I. L'ALIÉNATION MENTALE

## ET LA DISSOLUTION DU MARIAGE EN DROIT FRANÇAIS ACTUEL

Actuellement, lorsque l'un des conjoints est frappé d'une maladie mentale, l'autre époux n'a légalement aucun moyen de mettre fin à sa malheureuse union.

Il ne peut pas agir en nullité du mariage (art. 180 et s. C. civ.), même s'il lui est possible d'établir, dans les délais voulus, l'état mental pathologique de son conjoint au moment de la célébration du mariage. Car, d'une part, la méconnaissance, par l'un des époux, d'un état pathologique existant chez l'autre ne constitue pas un cas d'erreur sur la personne pouvant entraîner l'annulation du mariage ; et, d'autre part, l'action en nullité pour défaut de consentement dû à la maladie mentale n'est ouverte qu'au conjoint aliéné ou à ses représentants légaux, et non à l'autre époux.

Il ne peut pas davantage recourir au divorce : pour que les faits d'adultère, d'excès, de sévices ou d'injures graves puissent entraîner le divorce ou la séparation de corps, il faut qu'ils émanent d'une volonté libre, d'un individu ayant agi intentionnellement, et responsable de ses actes (v. p. ex., Dijon, 29 nov. 1923, D. 24.2.46). On ne peut donc prononcer le divorce aux torts et griefs d'un aliéné (1).

---

(1) Il peut y avoir des difficultés sur le critérium de la responsabilité en matière de divorce, comme sur celui de la responsabilité civile, qui ne coïncident pas absolument avec celui de la responsabilité pénale ; il semble que des sujets irresponsables au point de vue pénal puissent être responsables en matière de divorce : v. p. ex., Bordeaux, 27 janvier 1897, D. 98. 2. 199 ; cf. Réois, in *Ann. Méd.-Psychol.*, 1911. Une application pratique de ce problème, qui ne semble pas avoir été portée devant les tribunaux, vise la dissimulation des maladies mentales : la dissimulation d'une maladie est parfois considérée comme une injure grave ; dans quelle mesure doit-on alors

Il résulte de cette indissolubilité certaines conséquences juridiques fâcheuses pour le conjoint de l'aliéné :

1° s'il cherche ailleurs qu'auprès de son conjoint les satisfactions physiques que celui-ci n'est plus à même de lui procurer, il encourt les sanctions de l'adultère ;

2° il ne peut se remarier sans encourir les peines de la bigamie ;

3° il ne peut reconnaître ses enfants nés hors mariage, qui sont adultérins.

De plus, les conséquences de cette situation sont également pénibles pour l'aliéné dont la femme est emprisonnée dans les liens d'un mariage dont elle ne veut plus supporter le poids : s'il n'est pas interné, s'il a cohabité avec son épouse pendant la période légale de la conception, il ne pourra pas réussir dans une action en désaveu intentée par lui ou par ses représentants légaux contre les enfants adultérins de sa femme, qui lui seront imposés en vertu de la présomption « Pater is est » (art. 312, C. civ.) (1).

## II. LE PRINCIPE DU DIVORCE POUR CAUSE D'ALIÉNATION MENTALE

Pour affranchir les époux d'aliénés d'une union si difficilement supportable, le remède qui se présente

---

déclarer irresponsable en matière de divorce un individu qui dissimule une maladie mentale ? D'autre part, lorsqu'après une condamnation pénale, susceptible de faire prononcer le divorce comme condamnation infamante ou comme injure grave, le condamné défendeur est reconnu, au cours de l'instance en divorce, aliéné même au moment des faits qui ont entraîné la condamnation, l'autorité de la chose jugée au criminel semble s'opposer à ce que le tribunal rejette la demande en divorce pour cause d'irresponsabilité ; mais ce résultat de l'expertise mentale ordonnée pendant la procédure de divorce, ce diagnostic rétrospectif établissant l'irresponsabilité au moment du délit serait un fait nouveau donnant ouverture à révision (art. 441, C. Instr. Crim.) et le tribunal saisi de la demande en divorce devrait surseoir à statuer jusqu'à ce que la procédure en révision soit terminée.

(1) Sauf s'il peut prouver son impuissance ou l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles pendant cette période. Sur l'impuissance périodique dans la psychose intermittente, v. LOGRE, in *Pratique Médicale Française*, mai 1925, p. 203.

tout naturellement à l'esprit est de faire de l'état mental du conjoint, source de tout mal, une cause de divorce. C'est ce qu'ont fait certains législateurs étrangers, comme nous le verrons bientôt, et c'est ce que proposent de faire les auteurs des projets français dont nous avons cité les noms.

Mais en outre, — chose que l'on semble oublier trop souvent, — le divorce pour cause d'aliénation mentale n'est pas non plus un inconnu pour la législation de notre pays ; pendant la Révolution, le décret de l'Assemblée Nationale des 20-25 septembre 1792, qui institua pour la première fois le divorce et supprima la séparation de corps, permettait le divorce pour « démence, folie ou fureur de l'un des époux. » (§ 1, art. 4) (1).

Est-ce à dire que le divorce pour cause d'aliénation mentale soit conforme à l'esprit et aux principes qui régissent de nos jours, en France, le mariage et ses modes de dissolution ?

Si le législateur révolutionnaire a admis très largement le divorce pour les causes les plus diverses, c'est que, d'abord, il a voulu reconnaître purement et simplement un état de fait ; les considérants du décret de 1792 ne laissent aucun doute sur ce point, l'Assemblée Nationale déclarant expressément dans le préambule que la majorité des citoyens n'ont pas attendu l'institution du divorce pour rompre d'eux-mêmes leurs mariages ; ensuite, sous l'influence des idées de Rousseau, d'après lesquelles toutes les institutions sociales seraient de nature essentiellement conventionnelle, le

---

(1) Lorsque le divorce était demandé pour l'un des « motifs déterminés » prévus par l'article 4 du § 1 (au nombre desquels se trouvait l'aliénation mentale), aucun délai d'épreuve n'était exigé (§ 2, art. 15). La demande était portée devant des « arbitres de famille » qui décidaient s'il convenait de la renvoyer ou non devant l'officier de l'état-civil ; leur décision était susceptible d'appel. S'ils accueillaient la demande, ils la renvoyaient devant l'officier de l'état-civil du domicile du mari et c'était cet officier qui prononçait le divorce (art 18 et suiv. du § 2). Si la cause de divorce invoquée résultait déjà d'un jugement, la demande était portée directement devant l'officier d'état-civil ; en cas de contestation, celui-ci renvoyait devant le tribunal de district (§ 2, art. 16).

législateur de 1792 ne voyait dans le mariage qu'un contrat, une convention privée entre deux individus ; d'après lui, à ce contrat, comme à tous les contrats synallagmatiques, l'une des parties pouvait mettre fin lorsque l'autre partie ne voulait ou ne pouvait pas exécuter ses obligations (1) ; ce contrat pouvait, en outre, être résolu par la commune volonté des parties : d'où le divorce pour incompatibilité d'humeur ou de caractère, par consentement mutuel, pour abandon pendant deux ans, pour absence sans nouvelles pendant cinq ans, pour émigration, et aussi pour aliénation mentale ; d'où également la suppression de la séparation de corps, moyen terme qui, avec cette conception, ne correspond absolument à rien.

Dans les législations étrangères qui, actuellement, admettent le divorce pour cause d'aliénation mentale, le mariage a une autre physionomie (2) ; là, le législateur insiste sur le but avant tout social du mariage : le maintien de la cellule familiale, la procréation et l'éducation des enfants. Dès que ce but est compromis, les époux peuvent divorcer, moins peut-être dans leur propre intérêt que pour parer aux inconvénients sociaux que présentent un foyer brisé, une union stérile, et l'impossibilité de reconstituer une nouvelle famille féconde.

Dans notre législation française actuelle, le mariage est avant tout l'union de l'homme et de la femme pour, comme le disait Portalis lors des travaux préparatoires du Code civil, « s'aider par des secours mutuels à porter le poids de la vie et pour partager leur commune destinée ». En outre, bien que ce soit là une idée chère encore à certains juristes, et non des moindres, comme M. Planiol (3), le mariage n'est pas un contrat, un

---

(1) Il s'ensuit qu'aucune condition de durée ou d'incurabilité n'était imposée pour permettre le divorce, le seul trouble mental faisant présumer l'impossibilité d'exécuter les obligations du mariage et faisant ainsi entrer en jeu la condition résolutoire pour inexécution.

(2) Cf. ROGUIN. *Traité de Droit civil comparé*, t. I. *Le Mariage*, libr. gén. de Droit et de Jurisprudence. Paris, 1904.

(3) PLANIOL. — *Traité élémentaire de Droit civil*, t. I, n° 692. Sur la conception française actuelle du mariage, union spirituelle de deux

échange de consentements entre l'homme et la femme se promettant mutuellement de remplir certaines obligations ; c'est une situation juridique à laquelle se soumet chacun des époux, et d'où découlent certains devoirs impérativement imposés par la loi, sans que les époux puissent même y déroger conventionnellement (art. 212 et s., C. civ.). Le divorce n'est donc pas ici une conséquence logique du mariage : il n'est ni le remède à une situation critique au point de vue social, ni la résolution d'une convention synallagmatique inexécutée ; une telle conception du mariage admet très bien qu'il n'existe pas de divorce. Mais, s'il existe, il ne peut être que la sanction d'une faute commise par l'un des époux à l'égard de l'autre, et d'une désobéissance coupable aux devoirs imposés aux époux par le législateur. C'est ce qu'était le divorce du Code civil. C'est ce qu'est encore le divorce de la loi du 27 juillet 1884. Les causes de divorce du Code de 1804 et de la loi de 1884 sont uniquement des manquements fautifs de l'un des conjoints vis-à-vis de l'autre (1).

De plus, admettre le divorce pour cause de maladie mentale revient à permettre aux époux de se soustraire à l'un des devoirs les plus impérieux que le Code,

---

êtres pour partager les joies et les peines de l'existence, v. les conclusions de l'avocat général Beaudouin, sous Cass., 6 avril 1903, D. 1904, 1.395 et S. 1904, 1.273, notes et renvois.

(1) On ne peut objecter à cela l'existence, dans le Code de 1804, du divorce par consentement mutuel : on sait que le Tribunal, le Corps législatif et l'opinion publique y étaient en majorité hostiles et qu'il ne fut rétabli que sur l'insistance personnelle de Bonaparte qui préméditait la répudiation de Joséphine. Cette institution ne fut donc qu'un accident, explicable par des raisons historiques particulières et sans relâchement sur la physionomie générale du divorce du Code civil. De même, le divorce pour condamnation pénale de l'un des époux est la sanction de la honte que celui-ci fait rejaillir fautivement sur l'autre époux (p. ex. la jurisprudence ne considère pas comme pouvant motiver le divorce une condamnation qui n'entache pas l'honorabilité, comme une condamnation pour blessures ou homicide par imprudence) ; ce n'est pas en même temps un remède offert à l'autre conjoint pour le débarrasser d'une vie commune insupportable avec un condamné ; il ne donne donc pas, comme le disent MM. Colin et Capitant (*Cours élémentaire de Droit civil français*, 3<sup>e</sup> éd., p. 204), au divorce français un caractère intermédiaire, moitié sanction, moitié remède.



d'accord en cela avec la simple morale, leur impose : celui d'aide, de secours et d'assistance.

Le divorce pour cause d'aliénation mentale serait donc en France :

1° contraire à la conception du mariage, et, en particulier, contraire au devoir d'assistance que l'art. 212 impose aux époux ;

2° contraire à la conception du divorce, qui n'est chez nous qu'un *divorce-sanction*, et non, comme dans certaines législations étrangères, un *divorce-remède*.

### III. LA PROPOSITION DE LOI PALMADE ET ANDRÉ-HESSE

Sans doute, le divorce pour aliénation mentale serait chez nous une anomalie juridique. Mais ne convient-il pas, devant certaines nécessités, de se départir franchement d'un purisme théorique encombrant ? Les principes ne doivent-ils pas céder le pas aux réalités ? Tournons-nous donc vers le concret, et voyons comment la proposition Palmade et André-Hesse réalise pratiquement le remède cherché à une réalité que tout le monde déplore.

Le caractère spécial du divorce pour cause d'aliénation mentale dans notre Droit n'a pas échappé à la Commission de Législation. Elle n'a pas, comme elle l'aurait pu, — et comme l'avaient d'ailleurs fait, à l'exemple des propositions précédentes, MM. Palmade et Hesse dans le texte primitivement présenté par eux, — ajouté purement et simplement l'aliénation mentale aux causes de divorce énumérées par les art. 229 et s., C. civ. Elle a profité de la vacance du Chapitre III du Titre VI (art. 275 à 294) du Code civil, autrefois consacré au divorce par consentement mutuel, qui, lui aussi, était spécial et comportait une procédure et des conséquences particulières. Elle propose donc de rétablir ce chapitre sous le titre : « Du divorce pour cause d'aliénation mentale » qui occuperait alors les art. 275 à 278. Il n'y a pas là qu'un simple intérêt typographique. Le caractère original de cette institution est ainsi nettement souligné. Et, juridiquement, il s'ensuit qu'en cas d'obscurité ou de silence de la loi en la

matière, il ne faut se reporter aux règles générales sur le divorce qu'autant que s'en accommode le caractère spécial et exceptionnel de cette institution nouvelle. Nous verrons bientôt certaines applications de cette conséquence.

Remarquons que cette proposition n'institue pas, en outre, une séparation de corps pour cause d'aliénation mentale ; cela serait d'abord sans objet : aux yeux du législateur, l'internement est un remède suffisant à une cohabitation insupportable, et il est de plus, ici, une condition de recevabilité de la demande en divorce, comme nous le verrons ; en outre, cela contredirait le but visé par les auteurs de la réforme, qui veulent favoriser les remariages des conjoints d'aliénés.

Abordons maintenant les détails de l'institution.

1. Critérium permettant de faire prononcer le divorce. — Contrairement au décret de 1792, qui se contentait de l'existence pure et simple, chez l'un des conjoints, d'une maladie mentale, les législations étrangères exigent en général que cet état pathologique remplisse certaines conditions ; pour qu'il soit légitime d'en faire une cause de divorce, il faut, en effet, qu'il trouble profondément la vie conjugale. Ces législations peuvent, à cet égard, se partager en deux catégories. Les unes s'en tiennent au caractère objectif de gravité de la maladie, qu'elles croient trouver à la fois dans sa durée dans le passé et dans son incurabilité dans l'avenir (Suède, Principauté de Monaco, Portugal). Les autres envisagent, en outre, le résultat concret de la maladie sur les relations conjugales : ainsi en est-il du code civil suisse (art. 141), qui veut que l'état de l'aliéné rende à son conjoint « la vie commune insupportable », et du code civil allemand (art. 1569), qui exige que cet état atteigne un degré tel que la « communauté mentale » entre époux ait disparu. C'est à la première catégorie que s'apparente le Projet Palmade et Hesse.

« L'aliénation mentale de l'un des époux, dit son art. 2, qui doit devenir l'art. 275 C. civ., sera pour l'autre époux une cause de divorce quand elle aura néces-

sité un internement d'au moins trois années, dont une dans un établissement public et qu'elle sera considérée comme incurable à dire d'experts désignés par le tribunal de l'instance. »

Cette disposition, qui est la pièce essentielle du système, appelle des remarques juridiques et médicales.

*Au point de vue juridique :* le divorce pour cause d'aliénation mentale n'est admis qu'à deux conditions: 1° internement préalable pendant trois ans, dont un dans un établissement public et 2° incurabilité constatée par experts nommés par le tribunal. Ces deux conditions sont solidaires et s'imposent au juge.

1° *La maladie doit avoir duré trois ans :* il s'agit là d'une garantie que le législateur croit apporter en faveur de l'aliéné, pour le protéger contre des instances inconsidérées, alors qu'il a encore des chances de guérison ; car, selon les auteurs du projet, s'inspirant de la plupart des lois étrangères sur ce point, « un fou qui ne guérit pas dans les trois premières années de sa maladie est considéré comme incurable par les plus sérieux praticiens » (Frôt, Rapport à la Chambre). De plus, la Commission de législation a exigé que la durée de la maladie soit *constatée par un internement*, et, pour protéger les aliénés contre des séquestrations arbitraires, elle a voulu que cet internement eût lieu pendant un an au moins dans un établissement public (1). Le projet attachant une présomption d'incurabilité à la durée de la maladie pendant trois ans, et cette durée devant être constatée par l'internement, il s'ensuit qu'il faut un internement *continu* : on ne pourrait ajouter entre eux des internements successifs, quand même leur durée totale serait celle exigée par la loi. Même elle ne devrait pas être interrompue par des congés d'essai. De plus, il s'agit de véritables internements. Le placement volontaire dans un service ouvert pour psychopathes n'en tiendrait pas lieu. Il y aurait

---

(1) Il y a ici un écho de la hantise populaire de l'internement arbitraire. Il est fâcheux de voir ce préjugé partagé par certains auteurs que l'on pourrait espérer mieux informés, p. ex. Savatier, in *Traité pratique de Droit civil français*, de Planiol et Ripert, t. I, n° 713.

des difficultés à ce sujet si nous avons, comme en Belgique, des établissements à la fois pénitentiaires et hospitaliers : devrait-on attacher à cette détention, qui a également le caractère d'une peine, et qui, par conséquent n'est pas mesurée par la durée du traitement, la présomption d'incurabilité attachée à l'internement hospitalier ? L'internement doit, en outre, avoir intégralement eu lieu pendant le mariage. Enfin, doit-on tenir compte d'un internement qui a eu lieu en totalité ou en partie à l'étranger ? Tout au moins lorsqu'il s'agit d'un malade français, il semble que non, car le juge français ne peut contrôler le bien fondé et les garanties d'un internement hors de France.

2°. De plus, il faut que la maladie soit considérée comme *incurable*, à dire d'experts nommés par le tribunal. Il y a là encore une garantie en faveur de l'aliéné : l'incurabilité ne doit être constatée que par expertise ordonnée par le tribunal ; celui-ci ne peut s'en dispenser et ne peut chercher dans d'autres éléments la preuve de cette incurabilité (p. ex. certificats, présomptions, témoignages, etc.) ; en outre, il faut au moins deux experts ; le pluriel employé par le texte exclut la possibilité de confier l'expertise à un seul. Enfin, le texte de la proposition semble imposer l'appréciation des experts au tribunal : celui-ci perd ainsi la liberté d'appréciation qu'il tient, en matière d'expertise, de l'art. 323 C. Proc. civ. Il ne pourrait donc pas se dispenser de prononcer le divorce lorsque les experts auraient conclu à l'incurabilité.

Si la durée de la maladie et l'incurabilité sont des conditions de recevabilité et de succès de l'action en divorce, on peut se demander si l'internement et l'expertise destinés à les constater sont des règles de fond ou de simples règles de preuve. Cela a un intérêt considérable sur le terrain du conflit des lois : actuellement, la loi française ignorant le divorce pour cause d'aliénation mentale, les tribunaux français ne peuvent le prononcer entre étrangers, même lorsque la loi nationale de ces derniers l'admet ; il n'en serait plus de même après l'adoption de la Proposition Palmade et André-Hesse ; mais pour les conditions de fond, la loi

applicable serait la loi nationale des époux, tandis que pour les conditions de preuve, ce serait la *lex fori*, c'est-à-dire, ici la loi française ; il semble que la constatation de la durée et de l'incurabilité touchent au fond du droit, et qu'on ne peut les considérer simplement comme des règles de preuve ordinaires : ce serait donc la loi nationale des époux qui serait, ici, intégralement applicable ; mais la loi française devrait reprendre son empire toutes les fois qu'elle est plus rigoureuse et offre plus de garanties que la loi étrangère.

*Au point de vue médical* : les remarques qu'appellent ce système ne sont pas moins importantes.

*L'internement préalable*, même de trois ans, ne peut guère, médicalement parlant, faire présumer l'incurabilité. Ce sont là deux notions distinctes, dont l'une n'est pas la conséquence de l'autre. L'internement, en effet, dépend moins de la gravité et du pronostic de la maladie mentale, que d'autres facteurs, qui sont complètement étrangers à son mode d'évolution : danger actuel du malade, situation familiale lui permettant ou non d'être soigné à domicile, encombrement plus ou moins grand des asiles. La continuité de l'internement fera en outre exclure de la loi sur le divorce nombre de cas de psychoses intermittentes, pour lesquels il ne peut y avoir que des internements transitoires et répétés, et certains états chroniques, pour lesquels on ne peut recourir à un internement de longue durée, comme par exemple la plupart des cas d'alcoolisme chronique, dans lesquels les troubles disparaissent rapidement avec le régime lénifiant de l'asile, pour réparaître aussitôt que le malade est rendu à la liberté.

D'autre part, le psychiatre sera-t-il en droit de conclure en toute certitude de science et de conscience à l'*incurabilité* ? Bien que les auteurs de la proposition de loi considèrent les guérisons tardives comme quantités négligeables, on ne peut se dispenser de tenir compte de leur réalité, même, dans certains cas, après des états mentaux paraissant voués à la chronicité absolue. Chaque année en voit publier des cas nouveaux. L'un de nous peut, pour sa part, ajouter à leur nombre celui d'un malade qui, entré à l'asile en 1911

pour démence paranoïde, en est sorti guéri en 1926. Demandons, en outre, à ce sujet, leur avis aux auteurs allemands : ils connaissent bien la question, puisque, dès avant le Code d'Empire de 1900, certains Etats allemands, comme la Prusse, dans l'art. 698 de son Code civil de 1894, admettaient déjà le divorce pour aliénation mentale. Voici donc, à cet égard, ce que dit Cramer : « Nous ne pouvons affirmer l'incurabilité de troubles mentaux que : 1° lorsqu'ils seront congénitaux ou se seront développés dans la première enfance ou à la puberté et sont causés par des troubles du développement cérébral (idiotie, imbecillité, débilité mentale grave) ; 2° lorsque après un début plus ou moins aigu, ils auront conduit à une faiblesse mentale persistante, à une idiotie, à une démence secondaire ; 3° lorsque, pendant plusieurs années, ils se seront traduits par un système fixé d'idées de persécution et de grandeur ; 4° lorsqu'ils seront liés à des phénomènes de consommation physique avec apparition de paralysies et de contractures indiquant une grave atteinte physique du cerveau et continuant à se développer malgré des soins appropriés, pendant au moins deux ans depuis le début de la maladie. J'ajoute que l'on fera bien, dans les délirés aigus, d'attendre deux ans, trois ans et même davantage pour conclure à l'incurabilité. Les psychoses périodiques créent de grandes difficultés dans les expertises de divorce. Comme on sait, entre les accès existent des intervalles lucides pendant lesquels ne se remarque aucune trace de troubles mentaux. D'après le nouveau Code, le divorce ne sera possible que lorsque après une durée de plusieurs dizaines d'années, l'affaiblissement intellectuel sera devenu tel qu'il ne permettra plus de communauté intellectuelle. » Si, de cette longue énumération, nous détachons les cas du début : idiots, imbeciles, débiles profonds, pour lesquels il est possible aussi de recourir à la nullité du mariage, et les cas de la fin, où l'expert doit attendre quelques dizaines d'années avant de conclure, nous voyons combien peu il reste de cas, et que même pour ceux là Cramer demande généralement un délai d'observation plus long que le délai légal.

Remarquons, en outre, que l'incurabilité est une notion toute relative : n'est-il pas possible de guérir actuellement des maladies que, il y a seulement quatre ou cinq ans, l'on considérait encore comme incurables ? Un exemple frappant nous en est donné par la paralysie générale (1).

Faut-il donc, pour quelques rares cas, jeter sur tous nos malades cette suspicion cruelle et souvent injustifiée d'incurabilité ?

2. Procédure. — Passons outre à cette objection pourtant capitale, et voyons comment se réaliserait le divorce pour aliénation mentale. Voici quelle en serait la procédure, telle qu'elle est prévue par les art. 3 et 4 de la proposition (art. 276 et 277 nouveaux C. civ.) : 1° l'époux demandeur devra présenter requête au Président du tribunal du dernier domicile commun des époux ; 2° il n'y aura pas de préliminaire de conciliation ; 3° le Président provoquera la réunion d'un conseil de famille, composé comme en matière de tutelle (art. 407 et s., C. civ.), et qui donnera son avis sur l'opportunité de la demande ; 4° le Président désignera à l'aliéné un mandataire *ad litem*. Telles sont les seules dispositions prévues. Elles soulèvent des difficultés et entraînent des conséquences juridiques que nous allons simplement énumérer :

a) l'aliéné n'a pas qualité pour demander le divorce, bien qu'il puisse y avoir intérêt ; l'action n'est ouverte qu'au conjoint sain d'esprit. Donc, pas de divorce possible quand les deux conjoints sont aliénés ;

b) le Président peut-il ordonner, comme dans les procédures de divorce ordinaires, des mesures provisoires ? en particulier, peut-il ordonner au profit du demandeur le versement par l'aliéné d'une provision

---

(1) V. ANTHRAUME. — Considérations médico-légales au sujet de résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement d'une maladie réputée jusqu'ici incurable, la paralysie générale. *Soc. Méd. Lég.*, 6 juillet 1925, *Ann. Méd. Lég.*, 1925, p. 445. — Henri CLAUDE. Condition médico-légale des paralytiques généraux traités. *Académie de Médecine*, 17 mai 1927.

*ad litem* ? Il semble qu'il le puisse ici, non comme juge conciliateur des divorces, mais comme juge des référés;

c) le demandeur ne peut, comme en droit commun, transformer en cours d'instance sa demande en divorce en demande en séparation de corps, s'il n'invoque que l'aliénation mentale de l'autre époux. Mais le pourrait-il en invoquant des excès, etc., dont son conjoint se serait rendu coupable envers lui au moment où il était responsable ? Pourrait-il, dans les mêmes conditions, transformer en cours d'instance sa demande en divorce pour aliénation mentale en demande en divorce ordinaire ? De même, l'aliéné pourrait-il former contre le demandeur une demande reconventionnelle en se plaignant des torts de l'autre époux ? Le caractère spécial de ce mode de divorce et de cette procédure s'y oppose. De même, le sursis à statuer spécial de l'article 246, C. civ., prévu pour permettre la réconciliation des époux en cours de procédure est ici sans objet ; .

d) lorsque l'aliéné est interdit, le conseil de famille appelé à donner son avis sur la demande en divorce sera celui dont le malade est déjà pourvu ; s'il n'est pas interdit, le conseil de famille devra alors se réunir comme s'il s'agissait de donner un avis dans une procédure aux fins d'interdiction (art. 494, C. civ. et 892, C. Proc. civ.). Mais, s'il s'agit d'un aliéné interdit, la présence d'un tuteur et d'un subrogé-tuteur dispensent-elles de la désignation par le Président d'un mandataire spécial ? De même, en cas d'omission par le Président de désigner ce mandataire spécial prévu par la proposition, appartient-il au tribunal de nommer à l'interné non interdit un mandataire *ad litem* dans les conditions ordinaires de l'art. 33 de la loi de 1838 ?

e) en matière d'interdiction, le tribunal compétent est celui du domicile de l'aliéné au moment de la demande ; ici, le tribunal compétent est celui du dernier domicile commun des époux. Ce domicile pourra être très éloigné de l'asile où l'aliéné est interné ou du lieu où s'est ouverte son interdiction : d'où parfois des inconvénients pratiques considérables, notamment pour



la réunion du conseil de famille, qui doit avoir lieu, d'après le projet, sous la présidence du juge de paix du dernier domicile matrimonial ;

f) quand il s'agit d'étrangers dont la loi nationale ne prévoit pas, en matière de divorce pour aliénation mentale, de mesures analogues à la consultation d'un conseil de famille et à la désignation d'un mandataire *ad litem*, conviendrait-il d'y recourir tout de même quand l'instance serait engagée devant des tribunaux français ? Non, si l'on considère ces mesures comme des règles sur la capacité des personnes, pour lesquelles il faut se référer à la loi nationale de l'aliéné ; oui s'il faut y voir de simples règles de procédure, car le juge français ne peut procéder que selon les règles de sa propre loi. D'autre part, si la loi étrangère prévoit des mesures de protection de même ordre, et si l'on voit dans ces mesures des règles sur la capacité des personnes, il faudra appliquer cette loi étrangère quant aux règles de fond, mais se référer à la loi française pour la procédure (p. ex. comme en cas d'interdiction d'un étranger en France) ;

g) la proposition est muette sur les voies de recours : appel et opposition ; c'est là encore une source de difficultés : en particulier, le divorce peut-il être ici prononcé par défaut ? Qui peut faire opposition ? peut-il y avoir acquiescement ou désistement ? Remarquons en passant qu'il n'y a aucune sanction contre l'inaction du mandataire spécial. Quant à ses pouvoirs, il semble que les auteurs de la proposition aient songé à un représentant analogue au mandataire *ad litem* prévu par la loi de 1838 pour l'aliéné interné ; mais rien ne prouve que leurs pouvoirs soient identiques.

### 3. Effets du divorce pour cause d'aliénation mentale.

— Supposons le jugement de divorce enfin prononcé et devenu définitif. Le conjoint de l'aliéné va-t-il enfin jouir paisiblement d'une liberté si difficilement reconquise ? L'aliéné lui-même est-il à l'abri de toute tracasserie procédurière de son ex-conjoint ? Nous allons voir qu'ils ne sont pas au bout de leurs peines. C'est

avec les effets du divorce que vont surgir les plus graves difficultés. Pour ne pas allonger démesurément cet exposé, nous allons simplement énoncer les principales d'entre elles.

1° *Effets quant à la personne des époux* : l'époux demandeur qui a obtenu le divorce recouvre le droit de se remarier. Mais la femme, dont l'ex-mari a été interné déjà depuis trois ans, est-elle astreinte au délai de viduité de droit commun, destiné à éviter la confusion de part, et ici sans objet ? En l'absence de dispense expresse dans la proposition de loi, l'affirmative s'impose (1). Remarquons que si, en fait, malgré le pronostic d'incurabilité, l'aliéné divorcé guérit, il peut se remarier : mais l'autorité de la chose jugée *erga omnes* en matière de divorce s'attache-t-elle à la constatation, par le jugement, de l'incurabilité de sa maladie, et le dispenserait-elle de faire la preuve de son état pathologique au cas où il voudrait ultérieurement demander la nullité de son second mariage pour défaut de consentement dû à sa maladie mentale ?

2° *Effets quant aux biens* : ce sont les seuls que prévoit la proposition, dans son art. 4, destiné à devenir l'art. 278 nouveau C. civ. Le divorce ne devant pas préjudicier à l'aliéné, le conjoint demandeur qui l'a obtenu : 1° est « soumis aux obligations alimentaires dont il serait tenu si le divorce avait été prononcé contre lui pour une des causes prévues aux art. 229 à 232 C. civ. » ; 2° il perd les avantages matrimoniaux à lui faits par l'aliéné par contrat de mariage ou depuis le mariage ; 3° il supporte les frais de l'instance. A cet égard, l'époux qui obtient gain de cause est donc dans la même situation que s'il s'agissait d'un divorce pro-

---

(1) Mais quel en sera le point de départ ? Bien que la proposition ne parle pas de la transcription du jugement de divorce, il est certain que cette mesure générale s'impose. Les effets du divorce pour aliénation mentale remonteront-ils alors au jour du dépôt de la requête, au jour de l'ordonnance du président (ici, il n'y a pas de conciliation possible, et l'instance peut-être considérée comme définitivement engagée dès le dépôt de la requête), au jour de l'assignation, au jour où le jugement est devenu définitif, ou au jour de la transcription ? Il y a là encore une source de difficultés.

noncé à ses torts et griefs ; c'est que, de plus, on n'a pas voulu, pour des raisons morales faciles à comprendre, qu'il puisse se débarrasser de son époux malade tout en conservant les avantages pécuniaires que celui-ci lui avait consentis. Mais ces dispositions ne laissent pas d'être d'une application extrêmement délicate. L'obligation alimentaire après divorce et la déchéance des avantages matrimoniaux (art. 301 et 299, C. civ.) sont, de droit commun, de véritables pénalités civiles contre l'époux coupable. Ici, elles ne peuvent avoir ce caractère contre l'époux qui a obtenu le divorce pour aliénation mentale de son conjoint, car la loi ne peut frapper d'une peine l'exercice d'un droit reconnu par elle. Il paraît donc plus rationnel de considérer cette obligation alimentaire du conjoint de l'aliéné comme une survivance exceptionnelle du devoir d'assistance après divorce, et cette déchéance des avantages matrimoniaux comme une obligation quasi-délictuelle dérivant d'un enrichissement devenu désormais sans cause. Du caractère que l'on devra attribuer à ces condamnations dépendra la solution des questions suivantes : 1° le champ et les conditions d'application du nouvel art. 278 seront-ils exactement les mêmes que ceux des art. 301 et 299 ? 2° les dettes qui en dériveront devront-elles, en cas de remariage du conjoint de l'aliéné, tomber ou non en communauté ? 3° dans quelle mesure la femme aliénée divorcée sera-t-elle ici garantie par son hypothèque légale de femme mariée ? 4° dans quelle mesure y a-t-il lieu, en cas de non-paiement de ces aliments, à application de la loi du 7 février 1924 sur le délit d'abandon de famille ? 5° l'aliéné divorcé peut-il garantir le paiement de sa pension alimentaire en se prévalant de la loi du 13 juillet 1907 sur le libre salaire de la femme mariée et son affectation aux charges du ménage, sanctionnée par une saisie-arrêt spéciale entre époux ? 6° s'il s'agit d'étrangers, quelle sera la loi applicable à ces conséquences spéciales du divorce pour aliénation mentale ? Sera-ce la loi de leur statut personnel ou la loi de leur régime matrimonial ? Sera-ce la loi de l'aliéné ou celle de son ex-conjoint ? D'autre part, en raison du caractère par-

ticulier qu'ont ici les frais de procédure, on peut se demander dans quelle mesure ils grèveront la communauté ayant existé entre les époux, et la succession de celui d'entre eux qui meurt en cours d'instance.

En dehors des effets prévus par la proposition, il y en a d'autres qui ont été laissés de côté par le texte, et ce ne sont pas les moins embarrassants, à cause du caractère spécial de ce divorce : a) le divorce aura-t-il effet sur la puissance paternelle ? Il semble difficile d'appliquer les effets ordinaires que le divorce produit sur la puissance paternelle et sur le droit de jouissance légale de celui aux torts duquel il est prononcé ; — b) y a-t-il lieu ici à application des art. 1463 sur la présomption de renonciation à la communauté, 767, sur l'usufruit du conjoint survivant ? etc. D'autre part, les pouvoirs du mandataire *ad litem* prévu par la proposition se survivent-ils pour la liquidation du régime matrimonial et pour les instances qui sont la conséquence du divorce (contredits à états liquidatifs, actions en partage, etc.) ? Il semble qu'il convienne de revenir au droit commun sur la représentation des interdits et des internés, car ce mandataire n'a qu'un rôle, d'après le texte : représenter l'aliéné défendeur à l'action spéciale en divorce pour aliénation mentale.

Telles sont les principales questions juridiques que soulève la réforme projetée, et il y en a encore bien d'autres ! (1).

Voilà, semble-t-il, de quoi faire hésiter à l'introduire dans notre Code. Mais n'y a-t-il pas un intérêt supérieur à permettre ce divorce, même au risque d'entraîner l'aliéné et sa famille dans un tel maquis de procédure ? C'est ce que nous allons examiner.

---

(1) En voici encore une que nous offrons à la sagacité des chercheurs : les époux, qui pourraient éventuellement divorcer pour aliénation mentale, pourraient-ils, comme de droit commun en ce qui concerne les déchéances pécuniaires de l'art. 299 C. civ., renoncer par avance aux déchéances analogues prévues par la proposition, et cette renonciation devrait-elle être considérée comme une donation entre époux, par conséquent révocable ?

## IV. et V. L'INTÉRÊT SOCIAL DE LA RÉFORME. CONCLUSION

M. Frot, dans son rapport au nom de la Commission de législation, s'attache à légitimer le divorce pour aliénation mentale en faisant un émouvant tableau d'un foyer dans lequel le père ou la mère a été frappé de folie. Mais ce tableau, il pourrait le refaire aussi émouvant et aussi vrai à propos de toute maladie grave venant désoler une famille, et il n'y a aucune raison pour faire, au point de vue qui nous occupe, un régime législatif à part aux maladies mentales. Le divorce serait-il d'ailleurs un remède à ces maux ? Fera-t-il disparaître la misère et la débauche, que M. Frot déplore de voir s'installer aux foyers dont le chef est à l'asile ? Les enfants, dont semble surtout se préoccuper le rapporteur, en seront-ils plus heureux ? Il est permis d'en douter ! Envisageons d'ailleurs les conséquences pratiques d'une telle réforme. Elles sont à la fois d'ordre médical et d'ordre juridique.

Pour l'examen des conséquences pratiques de ce mode de divorce *au point de vue médical*, le mieux est que chacun apporte dans un sens ou dans l'autre, le résultat de sa propre expérience. L'un de nous ayant eu, comme médecin-chef d'un asile d'Alsace, l'occasion d'appliquer jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1925 l'art. 1569, C. civ. allemand, peut apporter sur ce point quelques précisions : les chiffres des divorces prononcés pour cause d'aliénation mentale, concernant les malades internés à l'asile de Stéphanfeld, correspondent à ceux donnés par le D<sup>r</sup> Prince pour l'asile de Rouffach : ils sont extrêmement faibles (1). Pour sa part, l'un de nous n'a eu à rédiger, de 1919 à 1925, qu'un seul certificat de ce

---

(1) Il faut naturellement tenir compte de ce qu'en droit allemand, le divorce n'était prononcé que lorsque la maladie rendait impossible toute communauté mentale entre époux, ce qui restreignait ici l'institution à certains cas de schizophrénie et à la P. G., et laissait en dehors des prévisions de la loi, en particulier, les délires systématisés chroniques, les délires hallucinatoires, et beaucoup de cas de dégénérescence ou de débilité mentale. Il n'en est pas moins vrai qu'avec le système de la proposition Palmade et Hesse, le nombre des cas où l'on pourrait assurer l'incurabilité serait extrêmement restreint.

genre : il s'agissait d'un P. G., malade depuis 1922, contre qui une demande en divorce avait été faite le 30 décembre 1924, et qui, en 1925, était arrivé à un stade de déchéance physique et mentale complète : l'incurabilité ne faisait plus de doute, et le divorce fut prononcé ; ce malade avait eu, au début de sa maladie, une rémission, trop légère pour que l'on puisse songer à provoquer un arrêté de sortie, mais suffisante pourtant pour lui permettre de rentrer, à titre d'essai, chez sa femme ; mais celle-ci ne voulut pas entendre parler d'une mise en congé ; ce n'est que lorsque nous connûmes la demande en divorce que nous comprîmes cette résistance : il ne fallait pas interrompre les trois années fatidiques, au bout desquelles brillait la liberté !

C'est là un point particulier qui a son importance : le congé d'essai est un grand progrès apporté au traitement des maladies mentales. Pratiqué ici de façon presque systématique, dans 80 0/0 des cas il est transformé en sortie définitive, au bout d'un temps plus ou moins long. Mais il faudra alors compter avec le mauvais vouloir du conjoint, qui, comme dans le cas cité plus haut, craindra l'interruption du délai légal... et peut-être aussi les heureux résultats thérapeutiques du congé d'essai !

De même, ces nouvelles dispositions sur le divorce restreindraient, pour les mêmes raisons, le champ d'application du traitement familial, de l'*open-door* et des services ouverts.

De plus, comme nous l'avons déjà dit, le danger des guérisons tardives n'est pas non plus une éventualité à négliger.

Enfin, est-ce bien aux psychiatres, au moment où ils célèbrent les centenaires de Bayle, de Charcot, de Pinel, au moment où ils effacent du fronton de leurs établissements le mot désespérant d' « Asile », pour le remplacer par celui, rassurant et consolant d' « Hôpital », au moment où la Psychiatrie, devenu un chapitre de la pathologie générale, s'ouvre aux procédés les plus efficaces de la thérapeutique moderne, est-ce bien à eux de souscrire à une réforme législative qui proclamerait

solennellement, à l'encontre des seuls malades mentaux, le triste privilège de l'incurabilité ?

Du *point de vue juridique*, nous avons longuement insisté sur l'incompatibilité de principe entre notre législation matrimoniale et le divorce pour aliénation mentale. Contrairement à ce que se plaisent à dire les partisans de cette réforme, cette incompatibilité n'a pas qu'un intérêt théorique : *toutes les difficultés pratiques concernant la procédure ou les effets de ce divorce viennent de ce qu'il serait une anomalie en droit français*. C'est que le législateur est pris ici dans une cruelle alternative : ou ajouter purement et simplement l'aliénation mentale aux causes ordinaires de divorce, mais alors on aboutit à des conséquences iniques à l'encontre du malheureux aliéné, le divorce restant une sanction prononcée contre lui ; ou bien, comme dans la proposition Palmade et André-Hesse, faire du divorce pour aliénation mentale une institution à part, et alors, on se heurte à des difficultés inextricables, tant en droit interne qu'en matière de conflits de lois. Ce n'est jamais impunément, en effet, que le législateur se lance dans des innovations inconsiderées, sans harmonie avec l'ensemble de la législation présente ; c'est le danger qu'il y a, comme le dit spirituellement M. Louis Hugueney, professeur à la Faculté de Droit de Paris à propos d'une autre institution, « à mettre du vin nouveau dans de vieilles outres » (note sous Cass., 28 février 1922, S. 23.1.145).

D'autre part, si l'on veut protéger l'aliéné en imposant au divorce de sévères conditions, basées sur la durée et l'incurabilité de la maladie, « afin, comme dit le rapport de M. Frot, de ne pas jeter le malade guéri dans cette situation misérable de ne recouvrer la raison que pour connaître la perte de son foyer », on aboutit, étant donné les conséquences médico-légales de ces dispositions, à faire de la nouvelle institution une extrême rareté, presque dépourvue de tout intérêt pratique. De même, la perte des avantages matrimoniaux et les frais de procédure arrêteront bien souvent dans leur projet de divorce les conjoints d'aliénés, qui préféreront alors leur séparation de fait, agrémentée

d'adultère, qui leur conservera la fortune du malade, à une liberté toute théorique qui les jetterait dans la misère (1).

Si d'un autre côté l'on envisage l'intérêt du conjoint de l'aliéné, particulièrement au point de vue de son remariage, que la nouvelle institution a pour but d'encourager, on voit que ce n'est guère un cadeau à lui faire que de lui offrir de telles occasions de procès sans fin, et c'est ce que fera forcément toute loi sur le divorce pour aliénation mentale, à cause des difficultés juridiques que, malgré tout le soin apporté à sa rédaction, elle soulèvera inévitablement.

Et surtout, bien que dans la proposition Palmade et Hesse, il laisse subsister à certains égards l'obligation alimentaire entre époux, le divorce pour cause d'aliénation mentale est entaché du double vice juridique et moral de poser en principe que l'un des époux peut valablement se soustraire aux devoirs qui lui incombent lorsque son conjoint est malade. C'est, en somme, donner une approbation législative à une transgression à la loi elle-même, et une consécration légale à une triste ingratitude (2). Et c'est une consécration qui n'a

---

(1) Comme le disait le Tribun Gillet au Corps législatif, lors de la discussion du Code civil, les divorces à Rome furent très rares, tant que le mari fut astreint à donner, dans ce cas, la moitié de ses biens à sa femme et de consacrer l'autre moitié de sa fortune à Cérès. Mais cette affirmation, présentée sous la forme simplifiée que lui donne Gillet est peu exacte. On remarquera aussi que le divorce par consentement mutuel du code de 1804 resta une institution morte, en grande partie à cause des obstacles de procédure qu'il comportait, obstacles auxquels on peut comparer ceux que la proposition Palmade et Hesse institue en cas de divorce pour aliénation mentale.

(2) C'est ce que disait déjà, au cours des travaux préparatoires du code civil, Savoye-Rollin, dans son rapport au Tribunat, le 27 ventôse an IX, en des termes dont la grandiloquence fait aujourd'hui sourire, mais dont le fond reste toujours vrai : « En déliant le nœud conjugal pour la folie ou la démence, elle (la loi de 1792) outrageait les sentiments que les hommes les plus étrangers entre eux éprouvent, la bienveillance et la pitié ; le mariage, cet état dont la condition et le charme inexprimable sont dans l'étroite communauté des biens et des maux, des plaisirs et des peines, on osait le rompre devant le malheur involontaire ! Son devoir, que dis-je ! Sa douceur et sa force sont dans l'allégeance des maux, qui, dans toute autre situation de la vie, ne seraient ni supportables, ni pardonnés ; et cette loi



même pas le mérite d'être logique avec elle-même ; car on ne voit pas pourquoi les partisans de cette réforme la restreignent aux maladies mentales !

Que ceux-ci d'ailleurs se rassurent : l'actuelle facilité des divorces et la méconnaissance de l'état mental pathologique de nombreux époux insupportables leur donne en fait bien souvent satisfaction, dans des cas qui sortiraient certainement des prévisions de la proposition Palmade et Hesse ; les divorces d'expédient sont de plus en plus nombreux, et dans la quantité, beaucoup doivent atteindre des malades mentaux ignorés (1) !

En résumé, l'anomalie juridique d'une telle réforme, les abus auxquels elle peut donner lieu si elle n'est pas restreinte, et son peu d'intérêt pratique, si, au contraire, elle est soumise à des restrictions protectrices de l'aliéné, les difficultés extrêmes de fait et de droit qu'elle soulève, bref, l'impossibilité d'aménager juridiquement et rationnellement en France le divorce pour cause d'aliénation mentale, et ce fait qu'il est la négation de tous les progrès de la thérapeutique psychiatrique, nous font conclure au rejet pur et simple de la proposition de loi Palmade et André-Hesse, ainsi que de tous les projets et propositions similaires.

## DISCUSSION

M. COURBON. — D'après mon expérience en Alsace où, non seulement j'ai vu fonctionner par moi-même pendant 5 ans la loi allemande, mais où j'ai recueilli les faits de la pratique des médecins alsaciens qui l'avaient vue fonctionner, tant à l'asile qu'en dehors, — car elle n'exige pas l'internement, — depuis qu'elle

---

cruelle punit ceux qu'on ne s'est point attirés ! Ah ! bénissons les hommes qui effacent de nos lois ces affreuses causes de divorce ! Bénissons-les de ne pas calomnier le cœur humain ! »

(1) Malgré son caractère restrictif, la proposition de loi que nous avons étudiée a ému M. Louis Marin, ministre des pensions, en ce qui concerne la situation qui serait faite aux malades mentaux de guerre ; postérieurement au dépôt du rapport de M. Frot, il a été récemment entendu à ce sujet par la Commission de Législation de la Chambre des Députés.

existait, c'est-à-dire depuis 1910, l'application du divorce pour cause d'aliénation mentale n'a jamais eu que des avantages, aussi bien pour le malade que pour sa famille, par suite de la régularisation apportée à la situation générale.

I. *En fait* : a) Toutes les malades femmes de la statistique de Stephansfeld dressée par M. Eissen (statistique qui, si j'ai bien compris, ne comporte qu'un homme) appartenaient au Service des Femmes, et par conséquent ont été connues de moi, car nous n'avons jamais, mon ami, le docteur Spitz et moi, partagé ce Service, tant était parfaite notre collaboration, dont j'ai gardé le meilleur souvenir. Aucune de ces familles ne m'a jamais signalé un inconvénient de la mesure prise.

b) Par ailleurs, j'ai eu une Française, internée là-bas, parce que son mari était venu de l'intérieur en Alsace après la guerre, dans l'espoir qu'ils bénéficieraient tous deux de la loi locale, malheureusement réservée aux seuls autochtones. Il était un excellent père de famille qui, après plus d'une dizaine d'années d'attente de la guérison de sa femme, démente précoce, internée dans divers asiles, s'était insensiblement mis en ménage avec une brave parente de la malade, attirée d'abord uniquement par les enfants avec le très noble but de remplacer leur mère. Le faux ménage entourait la malade d'une sollicitude qui n'eût eu que plus de facilité à s'exercer, s'il eût été légitimé. Nous oserions avoir d'autres enfants, disaient-ils, si nous pouvions nous marier. Plusieurs Français m'ont tenu même langage.

c) D'autre part, j'ai dans mon nouveau service de Vaucluse, une malade française, dont le mari, également français, s'est engagé par écrit à lui continuer les mêmes soins, après l'obtention du divorce qu'il escompte, dès le vote, pour lui certain, du projet de loi.

Tous ces faits prouvent que la prononciation du divorce ne saurait, par elle seule, léser l'aliénée.

II. *En théorie* : L'argument de l'impossibilité de prononcer un divorce pour cause d'aliénation mentale,

sous le prétexte que l'on n'est jamais rigoureusement sûr de l'incurabilité de celle-là, n'a aucune valeur. En matière psychiatrique, l'absolu n'est pas plus exigible qu'en matières juridique ou économique. La science humaine dans ces domaines, plus encore que dans les autres, ne peut être que relative. A ce compte-là, on ne devrait jamais interdire un aliéné, car on n'est jamais absolument certain que son état d'imbécillité, de démence ou de fureur restera habituel. En toutes matières, les experts ne fournissent jamais de réponses absolues : mais la valeur pratique de celles-ci est fonction de la compétence et de la conscience de ceux-là.

M. TRÉNEL. — Dans la question du divorce des aliénés, partisans et adversaires sont restés sur les mêmes positions qu'à l'époque où Juquelier et Fillassier (1) l'ont ici-même soutenue pour la première fois. Pour ma part, je ne pourrais que répéter les arguments que j'ai donnés dans la polémique où m'engagea le vénérable M. Parent, à la suite de mon rapport sur l'application de la loi allemande (2). Je ne puis que m'y reporter.

Je ne reviendrai pas sur le côté sentimental et soi-disant moral de la question. Je le répète : de quel côté est la morale ? Est-ce d'avoir plus pitié de l'inconscient que du conscient ? Est-ce de réduire à une existence des plus pénibles — ou à des liaisons illégitimes — le conjoint normal ? Je rappellerai simplement les deux faits que j'ai déjà cités, où ce sont les *parents eux-mêmes des malades qui sont venus me supplier de tout faire pour délivrer leurs gendres, placés, par la vie, dans les situations les plus fausses*. Car, comme je l'ai démontré, il s'agit surtout de femmes devenues démentes précoces dès les premiers mois du mariage.

Médecins, nous n'avons, dans cette question, qu'à nous occuper du côté médical ; c'est aux juristes à tirer les conséquences juridiques. Dire qu'on ne peut affirmer l'incurabilité dans la majorité, c'est émet-

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, novembre 1910.

(2) *Ibid*, 1910, 1911, 1912, *passim*.

tre une contre-vérité, ou être atteint de la maladie du doute, plus fréquente qu'on ne croit parmi les médecins et surtout parmi les aliénistes, ou bien encore c'est de la pusillanimité, c'est reculer devant les responsabilités professionnelles. Je ne puis que reproduire ici l'argument *ad hominem* que j'opposais au regretté Arnaud : dans un service d'aliénés, quel qu'il soit, ne sommes-nous pas en mesure d'affirmer la chronicité chez les quatre cinquièmes — au moins — de nos malades ?

En ce qui concerne l'objet plus précis de la communication de MM. Eissen et Provent, je crois que le texte adopté par MM. Hesse et Palmade n'est pas acceptable. Le terme *d'incurabilité* et la *nécessité de l'internement* ne doivent pas être énoncé dans ce texte. La loi allemande a eu soin de s'en abstenir et cela après des discussions approfondies. La langue française s'accommodera difficilement des termes un peu nébuleux, tels que communauté ou communion mentale ; on devra s'ingénier à trouver une rédaction acceptable, mais à coup sûr l'incurabilité peut ne pas entraîner la nécessité du divorce et l'internement, par contre, peut n'être pas nécessaire, quoique le divorce soit admissible. Le mot divorce lui-même pourrait être remplacé par tout autre terme (*nullité, dissolution, annulation*) dans le choix duquel c'est aux juristes à intervenir.

M. ROUBINOVITCH. — Le médecin, dans son rapport, doit avoir soin d'indiquer les circonstances susceptibles de prouver la responsabilité du conjoint demandeur dans la maladie de l'aliéné, dans le cas, par exemple, d'une paralysie générale après contamination syphilitique conjugale.

M. TRÉNEL. — Dans le cas objecté par M. Roubinovitch, il est de toute évidence que si la preuve de la contamination du conjoint devenu paralytique, l'autre restant sain mentalement, peut-être faite, il est évident, dis-je, que le tribunal jugera suivant l'équité et n'accordera pas de divorce. Et même, en pareil cas, les défenseurs naturels de l'aliéné pourront entamer une action reconventionnelle contre sa partie.

Le fait s'est présenté dans la jurisprudence allemande et a été jugé dans le sens que j'indique.

M. COURBON. — Le médecin n'a pas à dicter au tribunal la décision. Il répond si les troubles mentaux sont à un degré tel qu'ils abolissent la communauté intellectuelle et s'ils paraissent devoir durer longtemps. C'est aussi son devoir d'exposer les circonstances conjugales qui lui paraissent avoir joué un rôle dans l'éclosion de la maladie ; mais c'est le tribunal qui apprécie et décide. Le médecin ne doit pas sortir de sa compétence ; il reste sur le terrain médical.

M. CHARPENTIER. — Je voudrais faire remarquer que le rapport du D<sup>r</sup> Boven, au Congrès de Blois, a paru depuis deux jours, et que, par conséquent, les membres de la Société ont pu se mettre au courant de la question.

M. EISSEN. — Je remercie MM. Courbon et Trénel de leurs observations mais, avec M. Provent nous avons surtout voulu montrer les difficultés de procédure auxquelles se heurteraient les candidats au divorce si le projet de loi Palmade-A.-Hesse était adopté et combien il nous semblait inutile de jeter le soupçon d'incurabilité sur tous nos malades puisque M. Courbon qui a été à même d'appliquer l'art. du Code allemand ne l'a fait en moyenne qu'une fois par an.

La séance est levée à 17 h. 30.

*Un Secrétaire des séances,*  
BUSSARD.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### MÉDECINE GÉNÉRALE

Affections du Sang et des Organes Hématopoïétiques, par MM. AUBERTIN, CLERC, L. KINDBERG, LE SOURD, MOUQUIN, PAGNIEZ, P.-E. WEIL (in *Nouveau Traité de Médecine, fascicule IX*), 1 vol. in-8°, 802 pages, 184 fig., 8 planches en couleurs, Masson et Cie édit., Paris, 1927.

Le plus complet et le plus récent des *Traités d'Hématologie*, ce volume contient la *pathologie du globule rouge*, par MM. Aubertin et Mouquin, qui ont particulièrement développé les chapitres sur la chlorose, l'anémie pernicieuse et les anémies graves symptomatiques.

M. Clerc donne en 244 pages une étude très complète de la *pathologie du globule blanc*, les leucocytoses, les leucémies, les différentes formes de lymphadénie.

Les *affections hémorragipares* ont été décrites par MM. P.-E. Weil, Le Sourd et Pagniez (hémophilie familiale et acquise, purpuras).

L'étude des réactions de la moelle osseuse et des ganglions est due à M. P.-E. Weil.

L'ouvrage se termine par l'étude de la *pathologie splénique* très clairement exposée par MM. Ch. Aubertin et L. Kindberg.

René CHARPENTIER.

### PSYCHIATRIE

Guide de psychiatrie, par Pierre KAHN. — 1 vol. in-12, 252 pages. Norbert Maloine, édit., Paris, 1927.

Ce petit livre est destiné à guider l'étudiant, à lui permettre de se reconnaître dans un traité de psychiatrie, ainsi qu'à faciliter au médecin-praticien l'examen rapide d'un malade atteint de troubles psychiques.

Le but que se proposait l'auteur ne lui a permis que de passer rapidement en revue les symptômes, les syndromes et les affections psychiques en attirant l'attention sur les points les plus importants sans bibliographie ni discussions doctrinales.

M. Pierre Kahn a eu l'heureuse idée de faire suivre cet exposé d'un court lexique dans lequel le lecteur inexpérimenté trouvera la signification des termes le plus souvent employés en psychiatrie. Des notions succinctes de pratique thérapeutique et médico-légale complètent les renseignements que pourront trouver dans le *Guide de Psychiatrie* ceux qui se trouveront sans études préalables en face d'un état psychopathique.

René CHARPENTIER.

---

## JOURNAUX ET REVUES

---

### NEUROLOGIE

Rivista di Patologia nervosa e mentale, Siena, vol. 31, fas. 4, août 1926.

*Résultats des recherches sur l'histopathologie du système nerveux des D. P. en 1924-25*, par V.-M. BUSCAINO.

Résumé des recherches parfois discordantes de nombreux auteurs. Les lésions histologiques sont de nature non inflammatoire, mais dégénérative. Les altérations les plus significatives sont la dégénérescence vacuolo-vésiculaire des cellules nerveuses, des foyers spéciaux d'atteinte névroglique, de nombreuses lésions disséminées des fibres nerveuses. Ces lésions distribuées par petits foyers atteignent l'écorce cérébrale et le thalamus de façon constante, très souvent le corps strié et les autres noyaux de la base dans le syndrome catatonique, et aussi parfois le mésencéphale, le cervelet, la protubérance. Le processus biologique à la base de la D. P. est extra-encéphalique et semble d'origine toxique (bases organiques du type des amines). Les symptômes mentaux sont le résultat d'atteinte organique, encéphalique diffuse et ne comportent pas une explication psychologique même par la notion de constitution psychopathique. Importante bibliographie contemporaine.

*Contribution à la symptomatologie des lésions cérébelleuses*, par V.-M. BUSCAINO.

La présence des trois symptômes suivants (1° asymétrie de la position de la tête inclinée sur l'épaule droite avec rotation de la face vers la gauche ; 2° rotation de la paume de la main droite en dehors dans la position des bras élevés verticalement avec paumes en avant ; 3° asymétrie de position des bras projetés horizontalement en avant) fait porter le diagnostic d'atteinte de l'hémisphère cérébelleux droit qui est confirmée par l'autopsie.

*Observations et études sur la transmission héréditaire de l'atrophie musculaire type Charcot-Marie*, par L. DE LISI.

Observation de deux familles avec hérédité nettement homologue et homochrome. Dans l'une la proportion des sujets atteints est très forte au cours de la 3° génération dans toutes les descendances ; dans l'autre la famille s'éteint mais pour des causes accidentelles et sociales et non par un phénomène dégénératif au sens de Morel.

*Le réflexe de la malléole externe et le phénomène de Piotrowski*, par O. BALDUZZI. Vol. 31, fas. V, octobre 1926.

Les deux manœuvres à percussion de la malléole externe (Balduzzi) ou du corps du muscle tibial antérieur (Piotrowski) provoquent bien, dans certaines conditions, la contraction des gastrocnémiens et la flexion du pied ; mais dans la première manœuvre la contraction des gastrocnémiens est isolée, dans la seconde elle interfère avec celle du tibial antérieur. De plus le premier est un réflexe périosté, le second un réflexe musculaire. Les deux phénomènes indiquent l'hyperréflexivité médullaire ; ils peuvent s'observer chez le normal (5 à 20 0/0) et dans les maladies nerveuses dites fonctionnelles quand les réflexes tendineux sont vifs. Le Balduzzi unilatéral serait un signe très précoce de parésie organique. Cette dernière affirmation nous paraît mal cadrer avec la précédente.

*Constatations anatomopathologiques dans un cas d'hémichorée symptomatique*, par O. FRAGNITO et VISCARPINI.

Un vieillard, à la suite d'un ictus, présente une hémichorée gauche. Trois ans après il meurt de broncho-pneumonie. Son encéphale est examiné en coupes sérieées, colorées au Weigert. L'hémisphère droit présente un foyer de ramollissement occupant la tête du noyau caudé et la partie antéro-interne du putamen. Le pallidum est à peine effleuré. Minus-



culé foyer dans le centre médian du thalamus gauche. Cette observation méritait d'être rapportée à cause de la pureté du phénomène choréique et de la limitation de la lésion.

*Expériences sur l'emploi de l'hyperpnée pour le diagnostic des états névrosiques et de l'épilepsie*, par C. TALENTI, vol. 31, fas. 6, décembre 1926.

D'après l'auteur l'épreuve de l'hyperpnée a une grande valeur médico-légale. 1° Les modifications humorales qu'elle provoque démontrent l'intensité de son action. 2° la tétanie qui en est la manifestation extérieure présente des aspects caractéristiques chez les névrosés. 3° Malgré les réserves de Rosset aucune conséquence fâcheuse n'a été constatée chez les sujets soumis à cette épreuve.

*Contribution à l'étude de l'encéphalite périaxiale de Schilder*, par V. PARODI et S. RICCA.

Observation d'un sujet syphilitique avec gommes crâniennes et hépatiques, atteint, en outre, d'une E. P. de Schilder, avec foyers dans la substance blanche des lobes frontaux et occipitaux et dans l'hémisphère cérébelleux gauche. Dans les zones sclérosées, disparition de la myéline, persistance relative des cylindraxes, fréquence des cellules gliales gorgées de lipoides, manchons périvasculaires composés de cellules granulo-adipeuses, fibrogliie peu abondante, grandes cellules névrogliales hyperplasiques assez rares. Evolution rapide vers la mort en moins de deux mois. Discussion intéressante sur les particularités cliniques et histologiques du cas.

*Contribution à l'étude des tumeurs méningées*, par B. BARONI.

Tumeur adhérent à la paroi du sinus longitudinal et comprimant à gauche les circonvolutions rolandiques sans y adhérer. Diagnostic : endothéliome de la dure-mère. L'auteur n'admet pas, comme Oberling, que toutes les tumeurs méningées soient d'origine neuroépithéliale (méningoblastomes). Il croit au développement possible de tumeurs dans la dure-mère spécialement aux dépens de l'épithélium pavimenteux des sinus.

Quaderni di psichiatria, Genova, mai-juin 1926.

*Le mécanisme des phénomènes hystériques*, par A. SALMON.

Exposé et discussion des nouvelles hypothèses sur l'hystérie. L'auteur admet que l'explication psychologique est insuf-

fisante, spécialement quand elle ne fait appel qu'à la suggestion. Les troubles de l'émotivité et de l'affectivité sont très importants ; l'idée froide ne détermine ni ne guérit aucun phénomène hystérique. Salmon admet l'atteinte de certains centres corticaux cénesthésiques et vaso-moteurs, hypothèse qui explique à la fois la similitude des phénomènes hystériques avec ceux d'une grosse lésion organique et leur disparition rapide. Il reconnaît que l'hystérie s'exprime parfois par des syndromes de localisation mésentéphalique, mais il ne peut accepter la théorie sous-corticale de l'H. Cette affection étant à juste titre rangée parmi les états psychiques ou psycho-affectifs ne peut s'expliquer que par un désordre fonctionnel de l'écorce qui, jusqu'à preuve du contraire, doit être considérée comme le siège des centres psychiques ou affectifs.

Neurologica, Napoli, mai-juin 1926.

*Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la pathologie du langage*, par E. D'ABUNDO.

Quatre observations détaillées, suivies d'autopsie et de remarquables photographies de coupes conduisent l'auteur aux observations suivantes. Certaines constatations en désaccord avec la doctrine classique s'expliquent par des aptitudes individuelles à la prédominance auditive, visuelle ou motrice dans le langage. L'insula joue un rôle, de même que les connexions réunissant les centres corticaux au putamen ; ainsi s'expliquent certains troubles qui semblent sortir de la conception classique. Il faut tenir compte aussi des suppléances pour l'hémisphère droit surtout pour l'audition musicale qui serait la plus ancienne des fonctions du langage.

## PSYCHANALYSE

Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, Teramo, vol. 7, fas. 2, 1926.

*Le symbolisme psychanalytique*, par E. WEISS.

Weiss entend par symbole le remplacement d'un concept par une image. Cette substitution est un retour à un mode de connaissance plus primitif et plus facile ; elle est le résultat de notre activité psychique spontanée et instinctive, sans la coopération de notre volonté et de notre conscience. L'auteur choisit comme exemple le symbole *Maison*. Deux observations montrent que l'idée d'une femme peut être

remplacée dans le rêve par l'image d'une maison. Cette substitution se retrouve dans les proverbes, les locutions familières, les litanies de la Sainte Vierge, etc. En réalité notre pensée instinctive retrouve dans la Maison la Mère protectrice ; l'image maison tend à se substituer à l'idée de mère même quand il ne s'agit plus de protection. La phobie de sortir de la maison qui s'observe chez les adultes est au fond la crainte de se priver d'une protection. La claustrophobie ne serait que l'exagération de ce besoin instinctif de protection ; la maison ne suffit plus au malade il lui faut l'aide et la présence d'une personne de sa famille. Toutes nos aspirations, toutes nos phobies ont leur racine dans le passé. Notre histoire individuelle et collective est fidèlement conservée dans notre structure organique et notre activité instinctive. La Maternité, la Féminité ont d'autres expressions symboliques par exemple une Ville et surtout la Terre (terre, pierre, bois, matériaux en général). La Naissance et l'Accouchement sont souvent exprimés au moyen d'un rapport quelconque avec l'eau.

*Psychoanalyse et psychologie expérimentale*, par G. DALMA.

La théorie des hallucinations de Freud arrive à une formule identique à celle anatomo-physiologique de Tanzi. Les constatations de Jaensch sur la prévalence du type eidétique chez les enfants et celles de Varendonck (qui admet que, dans la rêverie avec les yeux ouverts, les représentations visuelles ont une intensité d'autant plus grande qu'elles partent des zones les plus éloignées de la superficie de la conscience vigile) donnent une confirmation à la thèse de Freud sur le caractère régressif des hallucinations.

## PSYCHIATRIE

Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi, Teramo, vol. 7, fas. 3, nov. 1926.

*Presbyogénèse. Dysphrénies et dysplasies presbyogénétiques*, par LÉVI-BIANCHINI.

La vieillesse physiologique de l'un ou des deux préocréateurs peut à elle seule déterminer chez le dernier descendant une maladie ou une insuffisance mentale. L'âge le plus favorable à la procréation est de 20 à 30 ans pour la femme et 25 à 40 ans pour l'homme. L'âge où commencent les risques de troubles presbyogénétiques pour la descendance est 36 ans pour la femme et 51 pour l'homme.

Note e Riviste di Psichiatria, Pesaro, 1926, fas. III.

*Etudes sur la pathogénie de l'Epilepsie*, par G. CUNEO, n° 3, 1926.

Important travail avec de nombreuses analyses chimiques sur deux épileptiques longuement étudiés. Les régimes riches en protéines ou en sucre ou en graisse donnent des résultats analogues ; ils ne produisent pas d'intoxication acide et s'accompagnent d'une amélioration. Au contraire le régime riche en substances amylacées produit une intoxication acide accentuée et une augmentation des accès convulsifs ; l'addition de pancréatine à ce régime aggrave sensiblement l'état du malade. L'albumosémie des épileptiques ne provient pas de l'absorption de fragments de molécules albuminoïdes résultant de la digestion intestinale, mais sa genèse est liée à celle de l'intoxication acide. Le meilleur régime qui a provoqué la suppression complète des accès (pendant les 9 jours d'administration) est composé d'acides aminés, de graisse et de sucre.

*Schizophrénie post-encéphalitique*, par E. RIZZATTI.

L'auteur emploie le terme S. dans le sens de D. P. de Kræpelin. Certaines formes d'encéphalite léthargique sont à type de D. P. et peuvent s'accompagner de symptômes neurologiques post-encéphalitiques. Ces malades ont un vide affectif et une stupeur moins profonde que dans la vraie D. P. ; leurs idées délirantes sont superficielles et transitoires. Par contre les symptômes catatoniques présentent une grande analogie avec ceux de la D. P.

*Giornale di psichiatria, clinica*, Ferrara, 1926, fas. I et II.

*La prédisposition à quelques maladies mentales*, par C. RONCATI.

Chez 63 0/0 des déments précoces et 58 0/0 des maniaques dépressifs on trouve des antécédents psychopathiques héréditaires. Discussion des idées de Ciala qui prétend que toutes les psychoses de pathogénie inconnue ont pour cause une tuberculose patente ou latente. Etude de l'influence des constitutions morphologiques. L'hypothèse qui se rapproche le plus des faits observés semble être l'équation : Hérédité + Constitution + Tuberculose = D. P.

*La méningite aseptique dans le traitement de la D. P.*, par G. DALMA.

Essai du procédé de Carol (injection intrarachidienne de 20 cc. de sérum de cheval stérile, inactivité, répété 4 ou 5 fois de 1 à 3 semaines d'intervalle). L'auteur n'a pas obtenu les brillants résultats des Américains, mais sur 10 cas, six résultats nuls, 3 améliorations de quelques semaines à quelques mois, une de plus de sept mois.

P. GUIRAUD.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 Juin 1927

Présidence de M. LEROY, président

Cœnesthopathie ou topoalgie intermittente, par MM. P. COURBON et J. VIE. — Présentation d'une femme de 32 ans, scoliotique et dysendocrinienne, qui, à 10 années d'intervalle, fit 2 accès de plusieurs mois de dépression subanxieuse avec impulsion au suicide, amaigrissement, douleurs continues dans la région sus-jacente à la scoliose, mais ne s'accompagnant d'aucun signe objectif nouveau. Entre les accès, mentalité plutôt joyeuse, et simple réveil d'une douleur légère à la pression forte d'une vertèbre cervicale. Les auteurs rejettent le diagnostic de cœnesthopathie avec lequel la malade leur fut envoyée. S'il est vrai que ces douleurs ressemblent aux douleurs d'origine psychique par la présence de réactions psychopathiques concomitantes, par la bizarrerie des métaphores employées pour les exprimer, elles ont comme les douleurs d'origine psychique un siège précis sur une région physiquement anormale et ne surviennent qu'en périodes d'amaigrissement. Ce sont des topoalgies, expressions passagères de la méiopragie permanente d'une colonne scoliotique, méiopragie n'atteignant le seuil de la perception qu'à la faveur du mauvais état général lié à un accès psychosique.

Le suicide par logique démentielle et les autres espèces de suicide des aliénés, par MM. P. COURBON et G. FAIL. — Le suicide des aliénés se présente sous les formes suivantes : 1° *Suicide arbitraire*, par absence complète de tout élément intellectuel (déments, idiots, confus profonds). 2° *Suicide irréfléchi*, par absence de l'intervention du raisonnement. C'est une simple réaction automatique à une excitation (suicide réflexe, suicide impulsif). 3° *Suicide logique*, dû à une intervention du raisonnement dans son déterminisme :

a) par logique hallucinatoire (onirisme confusionnel ou non des infectés, des intoxiqués, alcooliques); b) par logique délirante (persécuté, hypochondriaque, mélancolique, mystique); c) par logique démentielle, raisonnement basé sur la double insuffisance du jugement et du sentiment; d) par saine logique, raisonnement basé sur le jugement sain de l'horreur de la situation créée par la folie. Cette dernière forme de suicide ou « suicide prophylactique » est une réaction de défense de la personnalité restée saine contre la maladie. Toutes les autres sont au contraire des symptômes de la maladie, c'est-à-dire des expressions de la personnalité morbide.

Hallucinations lilliputiennes visuelles et auditives au cours d'un délire alcoolique subaigu, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. BOURGEOIS. — Les auteurs présentent une malade atteinte de forte myopie et de cataracte de l'œil droit avec strabisme divergent gauche. A la suite d'excès alcoolique la malade a présenté un syndrome hallucinatoire complexe avec visions lilliputiennes. Ce sont cinq vampires vivement coloriés qui lui tiennent compagnie et parlent d'une voix frêle à peine perceptible. Ces hallucinations s'accompagnent d'amnésie étrograde, de fabulation et d'un degré notable d'affaiblissement intellectuel. Pas de symptômes de polynévrite, mais des signes d'insuffisance hépatique que révèlent seules les épreuves de laboratoire.

Paralyse générale juvénile débutant par un syndrome de folie morale, par MM. PACTET et GUIRAUD. — Observation d'un hérédo-spécifique qui depuis l'âge de huit ans présente des troubles du caractère avec irritabilité, paresse, inaffectivité, réactions vives contre ses parents, actes antisociaux. L'intelligence est à peu près normale. La ponction lombaire indique une syphilis du névraxe en évolution. A partir de 20 ans le jeune homme s'affaiblit rapidement au point de vue intellectuel. Il présente actuellement l'aspect d'un P. G. juvénile. La syphilis encéphalique héréditaire pourrait ainsi réaliser parfois le tableau clinique de « la constitution antisociale » qui peut rester stationnaire ou évoluer vers la démence.

Paralyse générale à forme de psychose périodique, par M. GUIRAUD. — Il s'agit d'un malade qui après quelques phases de dépression fait trois accès d'excitation à type maniaque séparés par des intervalles d'un à deux ans. Il

est à peu près normal dans les périodes intercalaires. L'examen du liquide céphalo-rachidien a été positif dès le début. Le malade meurt d'un ictus apoplectique et présente les lésions caractéristiques de la Paralyse générale. Il existe une forme périodique, maniaco-dépressive de la P. G. qui correspond à une évolution par poussées séparées par des rémissions à peu près complètes. C'est une variété torpide et prolongée de la maladie.

**Asthénie et hypersthénie juvéniles curables**, par M. R. BENON. — Des accès d'asthénie et d'hypersthénie (accès asthénio-maniaques) chez de jeunes sujets sont susceptibles de se déterminer : les uns par la démence précoce ; les autres par la psychose périodique ; les autres enfin par la guérison et l'auteur en rapporte un exemple.

L. MARCHAND.

## Société de Psychiatrie

Séance du Jeudi 16 Juin 1927

**Compensation hédonique et compensation antagoniste**, par M. NATHAN. — En regard de la compensation hédonique mise en valeur par le P<sup>r</sup> Claude, Mignard et Montassut, compensation qui épouse les tendances et les aspirations psychiques du sujet, l'auteur décrit la compensation antagoniste qui prend le contrepied de ces tendances et de ces aspirations et pousse parfois cette attitude d'opposition jusqu'à l'ascétisme. Il apporte plusieurs observations à l'appui de cette thèse.

**Un cas « d'interprétose » symptomatique d'un état hypomaniaque**, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOURGEOIS. — Ce malade présente une série de fausses interprétations : il se croit signalé partout où il passe, tous ses objets sont repérés. Ces interprétations sont très spécialistes et ne portent que sur les gestes et sur la position des objets. Elles ne sont pas groupées entre elles et réunies autour d'une idée directrice. Le malade constate les faits, il voit des signaux, mais ne cherche pas à savoir qui dirige cette machination, ni quel en est le but. Il ne présente aucun des attributs de la constitution paranoïaque, et, bien qu'il se sente épié et snivé à tout instant, il garde sa bonne

humeur intacte. Le début brusque des accidents, l'existence d'une phase de dépression qui a précédé un certain degré d'excitation, l'euphorie du sujet, l'amélioration progressive de ses troubles, font penser que l'on se trouve en présence d'une forme très spéciale d'excitation hypomaniaque et non d'un début de délire d'interprétation.

Troubles humoraux dans l'alcoolisme chronique, par M. R. RAFFLIN. — Les formules d'excrétion habituelles laissent prévoir l'acidose, l'insuffisance hépatique et la dénutrition comme conséquence de l'absorption de l'alcool. Ce sont les troubles vers lesquels tend l'alcoolique.

Hémorragie intestinale par traumatisme rectal chez une paralytique générale. — MM. Laignel-Lavastine, Pierre Kahn et Pierre Bourgeois présentent une femme de 28 ans, qui a les symptômes classiques, psychiques, neurologiques et humoraux d'une paralysie générale.

L'incident intéressant de son histoire est une hémorragie intestinale profuse, qui a d'abord fait croire à un ulcère du duodénum, puis à un polype rectal et qui était due à une ulcération traumatique de la face antérieure du rectum, à 3 cm. de l'anus.

Il ne s'agissait pas de manœuvres relevant de perversion sexuelle, mais c'était l'aboutissant de préoccupations hypocondriaques, la malade ayant été surprise à se tirer la langue très fortement ou à s'introduire le doigt dans le rectum.

Involution mentale sénile et paranoïa chez une vieille femme de 87 ans, par M. le D<sup>r</sup> COURBON. — Femme de 87 ans, internée récemment pour un délire de persécution par interprétation qui date de plus de 55 ans et qui a permis la vie indépendante en liberté, sauf un internement de 6 mois, il y a 40 ans. Conservation admirable d'une mémoire impeccable, et d'un jugement sans défaillance pour tout ce qui ne concerne pas le délire. Seules anomalies mentales: un embrouillement de la pensée par les contingences extérieures et une tendance au radotage. Physiquement, aucun signe d'artério-sclérose, validité considérable.

Quadruple intérêt: 1° biologique, absence d'artério-sclérose chez une nonagénaire; 2° psychiatrique, absence d'affaiblissement démentiel malgré plus d'un demi-siècle de délire et malgré la vieillesse; 3° d'assistance, compatibilité de ce délire avec la vie en société, grâce à la nature



non dangereuse des réactions de la malade et à l'aisance de sa situation financière; 4° psychologique, radotage constitué par une reviviscence complète de son passé, aussi bien de sa vie non délirante que de sa vie délirante, c'est-à-dire un radotage *régressif* type sénile pur, et non pas un radotage *affectif* comme celui des artério-scléreux.

Schizophrénie et Erotomanie, par MM. le Professeur Henri CLAUDE et Michel CÉNAC. — Les auteurs rapportent l'observation d'un malade schizophrène qui présente un syndrome érotomaniaque.

Contrairement à ce que l'on observe dans les cas d'Erotomanie primitive, il manque dans ce cas les caractères de rigidité, de prévalence, d'acharnement. La schizophrénie a atténué les différentes réactions et doit être mise en cause pour expliquer le dualisme, chez ce malade, qui, à côté de lettres passionnées, cohérentes, manifestations habituelles des érotomanes, écrivait des missives incohérentes portant la marque de l'activité artistique de la schizophrénie.

CEILLIER.

---

# VARIÉTÉS

---

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE DE BUENOS AIRES

COMITÉ D'HOMMAGE AU PROF.-D<sup>r</sup> DOMINGO CABRED

Nous recevons la lettre suivante que nous sommes heureux de communiquer à nos lecteurs :

*Buenos Aires, le 20 juin 1927.*

MONSIEUR LE DOCTEUR H. COLIN,

L'Académie Nationale de Médecine de Buenos Aires, dans sa séance du 29 avril dernier, a résolu d'adhérer à l'hommage que la France rendra à la mémoire immortelle de l'un de ses fils les plus illustres, le D<sup>r</sup> Philippe Pinel, dont l'œuvre, comme réformateur de l'assistance et du traitement des aliénés, a constitué un des plus beaux triomphes du XVIII<sup>e</sup> siècle, tant par sa portée scientifique que par son caractère social. Pinel en effet, a rompu les chaînes des fous et a fait comprendre à tout le monde qu'ils étaient des malades que la société devait protéger.

D'autre part, le fait de réunir les aliénés dans des asiles spéciaux a été cause d'un grand progrès dans l'étude des vésanies, car en confiant leur assistance à des médecins qui devaient concentrer leur attention sur une seule classe de malades, la pathologie mentale dut nécessairement se constituer en une spécialité pratique.

Dès que fut votée, à l'unanimité, l'adhésion de l'Académie Nationale de Médecine à l'hommage qui devait être rendu au grand réformateur français qui prépara aussi, par ses vues nosographiques si personnelles, l'avenir de la Phrénopathologie moderne, l'Académie résolut de rendre un hommage analogue à l'un de ses membres les plus illustres, à l'éminent psychiatre D<sup>r</sup> Domingo Cabred qui, suivant depuis un tiers de siècle les traces de Pinel, a réalisé dans notre pays, une œuvre féconde et durable, peut-être plus grande que celle de l'immortel médecin de Bicêtre, dans l'assistance et le traitement des aliénés et de plus par son action doctrinale dans la chaire et médico-sociale dans les divers champs de la santé publique.

En effet, le D<sup>r</sup> Cabred, comme Pinel, réunit à ses titres de réformateur philanthrope dans l'assistance et le traitement des aliénés, le titre non moins précieux d'avoir introduit dans l'étude et l'enseignement de la Psychiatrie dans notre pays, la méthode anatomo-clinique de Charcot, et, continuateur illustre des traditions de l'école française, il sut, dès les premiers moments, substituer dans les leçons qu'il donna avec tant d'autorité dans notre Faculté de Médecine, aux hypothèses brillantes et aux idéologies aventurées, l'examen concret des faits, laissant une empreinte ineffaçable dans le champ de la médecine mentale et créant en même temps, un institut spécial pour cet enseignement.

D'autre part, si l'on considère son œuvre médico-sociale qui est grandiose car elle a donné au pays de merveilleux asiles pour les aliénés et les retardés, de magnifiques hôpitaux pour maladies communes, des sanatoriums et des dispensaires dans lesquels le terrible mal de la tuberculose est efficacement combattu, si l'on se rappelle qu'il n'a pas laissé de continuer à projeter et à créer des établissements pour le traitement scientifique de la lèpre, des alcooliques consuetudinaires, etc., on ne sait plus s'il faut davantage admirer le savant ou aimer l'homme. Et les concitoyens du Docteur Cabred restent indécis dans ce difficile dilemme, car ils voient en lui le grand et désintéressé serviteur du pays, dont les vues scientifiques et sociales sont accompagnées d'un haut sentiment de dignité dans la vie privée et auquel ira toujours l'amour de sa patrie reconnaissante.

Aristote disait que là où il y a plus de science, il y a aussi plus de félicité. Qui donc peut dire tout le bien que répandent, des hautes cimes du savoir, sur les classes déshéritées, des hommes qui, comme le Docteur Cabred, consacrent les meilleures énergies de leur vie à la recherche de la vérité, à la pratique du bien et à son application étendue dans la vie ?

Ces sentiments qui inspirent la Commission d'hommage au Prof. Cabred, choisie dans le sein de l'Académie Nationale de Médecine, que j'ai l'honneur de présider, m'ont poussé à m'adresser à vous pour prier d'apporter votre contribution intellectuelle, dans la forme que vous jugerez la plus convenable, pour le « Livre d'Or » qui sera offert au Prof. Cabred, au mois de novembre prochain, dans une réunion publique de l'Académie, démonstration qui constituera, sans doute, la preuve objective du plébiscite de sympathie, d'affection, d'estime et d'admiration pour un

homme comme le Prof. Cabred chez qui, à un esprit supérieur, s'associe une exceptionnelle bonté d'âme.

Dans l'assurance que vous voudrez bien prendre part à cette fête intellectuelle et cordiale, car vous connaissez les mérites exceptionnels du Prof. Cabred qui honore tant la Psychiatrie Argentine et l'assistance sociale universelle, j'ai l'honneur de vous saluer avec ma considération la plus distinguée.

*Le Secrétaire,*  
M.-R. CASTEX.

*Le Président,*  
D<sup>r</sup> LLAMBIAS.

N. B. — Nous vous serions très obligés de bien vouloir nous faire parvenir votre travail avant la fin du mois de septembre prochain, pour pouvoir imprimer le *Livre d'Or* en temps utile.

Toutes les communications, adhésions, etc., doivent être adressées à M. le Prof. D<sup>r</sup> Mariano-R. Castex, Secrétaire, rue Guido, 1918, Buenos Aires.

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

VACANCES DE POSTES. — Un poste de Médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), par suite du départ du Docteur Lauzier.

Un poste de Médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de St-Robert (Isère), par suite du départ de M. le Docteur Briche.

Par suite de l'ouverture prochaine de l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord), un poste de Médecin chef de service est actuellement déclaré vacant à cet établissement.

Un poste de Médecin chef de service est actuellement vacant à la Maison départementale de Santé de la Seine-Inférieure.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Une subvention de 5.000 fr. vient d'être attribuée par le Conseil municipal de Paris à la Société médico-psychologique.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

---

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---



*XXXI<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes  
de France et des Pays de langue française  
(Blois, du 25 au 30 juillet 1927)*

---

Le Congrès des Aliénistes et Neurologistes tint ses séances à Blois, du lundi 25 au samedi 30 juillet 1927, sous la présidence du Pr Raviart, de Lille, assisté du Pr Claude, de Paris, comme vice-président, du Dr Olivier, comme secrétaire général annuel, et du Dr René Charpentier, comme secrétaire général permanent.

Cette session eut le brillant succès que l'on pouvait attendre des deux secrétaires chargés de la préparer. A leur appel, comme à celui de nos rois de la Renaissance, accoururent aux bords de la Loire les élites de l'étranger. Vingt nations étaient

officiellement représentées, ce qui crée pour René Charpentier, l'organisateur de nos réunions, une supériorité sur François I<sup>er</sup> qui n'en attira jamais autant.

Notre cher collègue Olivier obtint ce qu'aucun de ses successeur ne pourra atteindre, à cause de la quadruple incarnation qu'il porte dans sa personne : secrétaire général du Congrès, Directeur de l'Asile du Loir-et-Cher, maire de Blois et président de l'Amicale des Aliénistes de France. Tous ces titres que lui a conférés l'estime unanime de ses pairs et de ses concitoyens, joints à l'aide précieuse que voulut bien lui apporter son épouse, Mme Olivier, expliquent la réussite de ces fêtes. Prévoyant les désirs raisonnables de chacun, les satisfaisant avant même qu'ils fussent exprimés, il disciplina la gent rétive des congressistes sans qu'elle s'en doutât, et réalisa un Congrès de Thélème où son ancêtre du voisinage, Rabelais, eût eu grande liesse à assister.

L'accueil reçu de la Municipalité nous prouva que si les magistrats de la cité blaisoise portent aujourd'hui dans les idées la pourpre que ses princes et ses cardinaux portaient autrefois dans les vêtements, ils professent comme eux la même estime des travaux de l'esprit et exercent comme eux la même générosité fastueuse. Deux magnifiques banquets, des vins d'honneur, des auditions musicales, des danses, des conférences historiques et artistiques par notre érudit confrère Lesieur, etc. !

Notre sympathique président Raviart, arrivant des confins du pays de Jordaëns, peut être content de son congrès dont il présida les tables à tapis verts avec une bienveillante patience et les tables à nappes blanches avec une jovialité si irradiante.

C'est à Blois que l'on séjourna le plus longtemps.

Mais on visita Chambord et Cheverny le mercredi après-midi, Chaumont et Chenonceaux le jeudi après-midi, Amboise et Tours, le samedi. Des automobiles nous transportèrent le long de cette Loire qui jamais ne fut si belle en pareille saison. Elle coulait à pleins bords, cachant la rugosité de ses sables sous la moire glissante des ondes. Mais chaque rose a ses épines, et le désastre des orages à qui le fleuve devait sa gloire, se lisait aux moignons déchiquetés des arbres jalonnant le chemin de ce beau jardin des Valois.



LES CAPITALES. — Nombre de villes et de bourgs sont parsemés dans la verdure de ce jardin. Nous n'en vîmes que les deux capitales : Blois où se tinrent les réunions du congrès et Tours où il se disloqua.

Blois accroche ses gracieuses demeures à la rive droite de la Loire, se signalant de loin par trois saillies : la tour renaissance de sa cathédrale, la façade italienne de son château, le trident romano-gothique de Saint-Lomer ; trois vestiges de ses maîtres rivaux sous l'ancien régime : l'évêque, le seigneur et l'abbaye.

Habitations bâties au Moyen Age sur de montueuses ruelles ou immeubles nés de plus fraîche date sur de planes avenues, toutes les maisons sous la coiffe uniforme de l'ardoise sont harmonieuses et modérées. Mais hélas, la massive carrosserie des automobiles d'aujourd'hui dépasse la mesure du portail des braves hôtels d'autrefois. Et bien que baptisées garages, leurs vieilles écuries ne suffisent plus à contenir la voiture des voyageurs dont elles abritaient si bien naguère la monture.

C'est par une soirée dont la sérénité fut sans

défaillance qu'après la journée orageuse du mardi, se déroula le premier banquet sur la plate-forme supérieure des jardins de l'ancien évêché. Derrière la tente blanche garantissant les tables et à sa gauche le feuillage touffu des grands arbres plantés jadis avec une méticuleuse ordonnance par les prélats et taillés depuis par leurs successeurs laïcs avec la même minutie, tendait une somptueuse et verte draperie. A droite l'ecclésiastique pavillon du XVIII<sup>e</sup> siècle présentait le pan latéral de sa construction. En face courait une longue rampe d'où la vue descendait d'abord sur les parterres multicolores et embaumés de la seconde terrasse, ensuite sur l'étroit faubourg de la coquette cité, puis sur la double rangée de peupliers limitant la route mouvante des flots, enfin sur les bois et les champs sans relief de la rive gauche.

La chère fut exquise, les boissons excellentes, le service sans tapage, les conversations peu bruyantes, et la nuit remplaça le jour sans qu'on s'en aperçût.

Dans le salon épiscopal s'organisèrent des danses et peut être que des propos d'amour s'échangèrent entre ces murs qui durant des siècles ne connurent d'autres confidences que celles d'un austère célibat.

Cependant, de la terrasse inondée d'une aveuglante lumière par les phares éclairés en notre honneur, on voyait scintiller au loin, au-dessus de cette Sologne sombre, où naquit l'ardente et timide amoureuse du plus grand des rois, les lueurs argentées du firmament. Et l'on songeait à ce ciel idéal décrit par Paul de Saint-Victor, « où brillent les astres de première grandeur de l'amour : Héloïse, Béatrice, Laure et La Vallière, cette constellation



de cœurs embrasés et purs que les amants invoquent comme des étoiles tutélaires ».

Le mercredi soir, un autre banquet aussi succulent et aussi délicieusement arrosé que le premier fut servi au château, dans la salle des Etats-Généraux, ensuite un très beau concert fut donné et un bal joyeux prolongea la fête jusqu'à deux heures du matin. Le lundi, un vin d'honneur avait été offert à l'issue de la première discussion du congrès et il en fut de même le vendredi après-midi lors de la visite de la retraite ombreuse, accueillante et si magnifiquement meublée qu'est l'asile de Blois.

Tours, dans la plaine bigarrée de la Loire et du Cher, étend ses toits ardoisés et hausse ses tours. La rectitude de ses rues, la proportion de ses édifices, même les plus anciens, comme la tour Charlemagne, les vieux hôtels qui l'entourent, la régularité de la place de son palais de justice, la netteté de son ancien Hôtel de Ville dégagent une impression d'ordre et d'élégante logique. Au centre et sur les boulevards, c'est une animation quasi-parisienne qui fait mouvoir la foule. Par contre, à l'ombre de sa cathédrale flamboyante, dont deux lanternes de pierres ouvragées remplacent la pointe des clochers, la vie paroissiale de province conserve la même marche lente et feutrée qu'aux temps de Balzac.

Le coin le moins dépourvu de romantisme est celui d'où Rabelais, sur son piédestal, en face de Descartes, peut contempler la nonchalance de la Loire dormant sur les plages sablonneuses de son lit. Y dormait-elle, quand le congrès y vint ? Je l'ignore, n'ayant pas pu l'y suivre. Mais lorsque j'y passai à la fin d'une chaude journée, j'admirai longuement son sommeil que les îles éventaient avec langueur du plumet de leurs « luisettes ».

LES CHATEAUX. — C'est à la quantité et plus encore à la qualité de ses anciennes demeures seigneuriales que ce pays doit sa célébrité. Elles marquent la fin des temps héroïques du Moyen Age où l'on avait à se défendre par la force, et le commencement du temps spirituel de la Renaissance où l'intelligence devint la plus sûre des armes. Après l'ère des « châteaux forts » dans lesquels on enfermait sa femme, sa famille, ses gens, ses trésors, et le butin conquis par le fer, l'ère des « beaux châteaux » que l'on ouvre avec magnificence à autrui, pour le séduire, l'amuser, le tromper, le dépouiller.

Ces enceintes sont les premiers salons où femmes, filles, sœurs et maîtresses de compétiteurs puissants s'affrontent, se combattent et se liguent pour dominer leurs époux, pères, maris, frères, amants. C'est le siècle de la galanterie qui remplace celui de la chevalerie. Elégance, luxe, politesse, succèdent à rudesse, économie, violence. Elevés pour des beautés agissantes, ces châteaux, même parmi les futaies, ne sont pas pour des belles au bois dormant.

Chambord. — Au milieu d'une immense plaine de bois, dans une clairière cernée d'un cours d'eau, il dresse de grosses tours et de hautes courtines pour soutenir au-dessus des cimes un vaste plateau d'où jaillissent par centaines : clochetons, cheminées, pinacles, lucarnes avec sculptures de faunes, d'amour, de chérubins, de salamandres. Une balustrade en fait le tour, ménageant entre elle et les combles noirs, des évasements de salon et des recoins d'alcôve.

Le faite de ce bâtiment, édifié par l'allié du Sultan Soliman, notre François I<sup>er</sup>, qui comme exer-

gue de son oratoire inscrivit du chaton de sa bague sur une vitre la sceptique devise: « Souvent femme varie, fol qui s'y fie », rappelle la mosquée par le jet des minarets et le harem par la volupté de ses détails.

Il faut se le représenter par une radieuse nuit de clair de lune mirant dans la rivière des fossés son chargement chamarré et grouillant de femmes élégantes, de galants seigneurs, de poètes diserts, d'artistes cultivés et de savants mondains ; lorsque la duchesse d'Etampes, « la plus savante des belles et la plus belle des savantes », recevait les amis de son royal amant. Rebecs, violons et clavecins, comme sur les toiles de Véronèse, accompagnaient danses et chansons. Puis la musique se taisait devant la poésie. Parfois, la Reine Marguerite de Navarre faisait lire par son valet de chambre Clément Marot quelques-unes des aventures croustillantes qu'elle avait écrites dans son *Hep-taméron*. Un cavalier de retour de Florence récitait le dernier sonnet du licencieux Arétin. Entre temps, on parlait, on riait, on insinuait, on promettait, on mentait, et même on disait vrai, tandis que les valets portant plats, aiguïères et flambeaux, tourbillonnaient dans l'escalier sans heurt ni arrêt, grâce à la séparation de ses deux cages.

Quand la fête avait lieu pendant la saison des amours de la forêt, le fracas des andouillers des cerfs s'entretenant de jalousie, le râle pâmé des biches assaillies, le brânement de toutes les hardes torturées de désirs, ajoutaient au concert aérien des humains, le concert ténébreux des bêtes en folie, que la chasse du lendemain allait massacrer en pleine ivresse nuptiale.

Car on ne se reposait guère dans cette retraite

de plaisir, les femmes les plus jolies, quoiqu'y étant souveraines, n'avaient guère le loisir d'y sommeiller.

Chambord, c'est le château des belles sur le toit folâtrant !

Cheverny. — La blancheur immaculée de ses murs, sous le noir de sa couverture et sur l'or de son sable, resplendit entre deux vertes pelouses dans un parc aux essences rares, mais sans eau ni horizon. L'œil-de-bœuf de ses lucarnes, le bombage de ses combles, la guirlande de bustes prétentieux ornant sa façade annoncent la gravité du <sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle. Les meubles, les tentures, les tableaux de ses salles, la meute aboyante de son chenil, la cavalerie de ses écuries attestent la vie somptueusement campagnarde de jadis qui l'anime encore aujourd'hui.

Cheverny, c'est le château des derniers seigneurs sur leurs terres villégiaturant !

Chaumont. — Posé sur la crête riveraine de la Loire, au-dessus du feuillage de son parc qui descend en pente raide, il ouvre sur la vallée le triangle inégal de ses constructions sobrement et finement décorées. De cette cour aux murailles bises où l'arc surbaissé encadre discrètement portes, fenêtres et galerie, en avant de la tourelle écussonnée qui renferme la molle spirale d'un facile escalier, on domine le fleuve paresseux et la plaine verdoyante de sa rive droite.

Malgré leur belliqueux indice, les poivrières qu'il campe et le pont-levis qu'il braque au midi ont une tournure débonnaire.

L'étroitesse des deux lits à baldaquins dont s'honore son riche mobilier, nous dit les nuits solitaires qu'y dormirent successivement avant et

après sa mort, l'épouse et la maîtresse du même roi. Catherine vivait là délaissée pour Diane qu'elle obligea à y habiter, en lui enlevant Chenonceaux après le décès d'Henri II.

Malgré la chasteté de ces souvenirs, cette coquette résidence, qui à cette époque, il est vrai, était close de tous côtés, a le charme d'un nid dans la verdure. Un joli puits renvoie à l'oreille le nom chuchotté sur sa margelle. Tout y fait penser à l'amour.

Chaumont, c'est le château des amoureux à l'écho leur secret confiant !

**Chenonceaux.** — Il voulait enjamber la glauque rivière; mais les algues s'enlaçant à ses piles l'ont à jamais fixé au-dessus d'elles; il est condamné désormais à l'éternelle contemplation de son propre reflet.

De toutes ses fenêtres, il regarde entre ses arches, cherchant les nobles visages et les fêtes éblouissantes d'antan. Tendant le cornet de ses cheminées, il écoute les bruits du passé: le tic-tac du moulin dont il usurpa la place, les marteaux des sculpteurs qui le construisirent, les voix tendres ou courroucées qui donnaient l'ordre de l'embellir. Les arbres et les halliers des berges se penchent pour écouter aussi les fanfares et les hal-lalis d'autrefois. Ils écoutent, mais ils n'entendent plus que la trompe meuglante des autocars vomissant des foules sacrilèges de touristes sans élégance et sans culture. Un atroce bric-à-brac profane les reliques contenues dans ses salons où trois femmes régnèrent sur des hommes sans rien leur livrer d'elles-mêmes.

Sa vieillesse eut peut-être grande allure, comme le raconte Brantôme, mais dans sa jeunesse

et sa maturité, elle ne fut pas jolie, n'en déplaise à ses intéressés flagorneurs, la gaillarde au long nez, aux lèvres minces, au front têtue, au corps massif, aux lourds mollets, qu'a peinte le Primatice. Toujours en deuil de son légitime époux, filleule d'une pudique déesse, c'est par son énergie virile, ses chevauchées sans fin, ses bains dans les rivières glacées, sa vigueur dans les curées et surtout par son ambition effrénée que Diane de Poitiers s'imposa, asservissant Henri II, extasiant les courtisans, triomphant de deux rivales: la Reine beaucoup plus jeune qu'elle et la duchesse d'Etampes dont elle eût pu être la mère.

Catherine de Médicis, l'amie des Coligny et des Guise, la mère qui ici-même festoyait les mignons de son fils, dut ses succès à l'art d'organiser la rencontre de vertus antagonistes ou de vices synergiques, rencontre pendant laquelle ses adversaires s'exterminaient entre eux sans qu'elle eût rien à leur devoir.

La dernière des trois, Mme Dupin, la conseillère des encyclopédistes et des diplomates, fut la plus belle et la meilleure. Elle régna par le charme, l'intelligence et le cœur sans que le corps donnât de gages. Elle possédait le maternel pouvoir de mater doucement les instincts et de muer en ardent amitiés les désirs que son abord involontairement tentateur avait éveillés chez ses admirateurs. L'inconstant Jean-Jacques qui lui resta fidèle et qu'avaient affolé « ses bras nus, ses cheveux épars, son peignoir mal arrangé », nous dit que le sage à sa vue perdait la raison, mais qu'il la retrouvait dans ses discours.

Voilà ce qu'on aperçoit dans le Cher en observant les vieilles pierres qui s'y plongent.

Chenonceaux, c'est le château des rêveurs, le passé dans l'eau lisant !

**Amboise.** — Comme une armoire finement travaillée que l'on exposerait à l'admiration des navigateurs de la Loire, il est pendu à la partie supérieure de la paroi du coteau. Les balustrades, les balcons, les gargouilles de sa façade ainsi que les pinacles gris de son toit s'étalent gaiement entre les crénaux de la tour orientale qui monte énorme de la rive et la haute terrasse ombragée sur laquelle s'élance à l'ouest une chapelle dentelée.

Le fleuve décline lentement à l'occident, parmi les saulaies ployantes. Au nord de son cours, commence insensiblement l'ondulation qui plus loin creusera en vallons et soulèvera en collines les champs boisés du Perche. Sur ce paysage tempéré, le soleil darde avec une splendeur sereine ses derniers rayons.

C'était bien là l'horizon prédestiné au dernier regard de l'homme qui l'un des premiers réussit à peindre la perspective et la couleur, qui excellait dans les sciences, les lettres, les arts, et même la médecine : Léonard de Vinci. La discipline que dicte ce séjour, Marguerite d'Autriche, fille de Maximilien, l'avait reçue pendant les années de son enfance, fiancée au roi Charles VIII ; c'est elle qui beaucoup plus tard, lui inspira le meilleur de ses projets quand elle fit construire la magnifique chapelle de Brou. La pensée s'y repose en de paisibles méditations. Les architectes italiens ramenés des premières guerres d'Italie y préparèrent, en se délassant, le programme de leurs travaux. Ab-del-Kader arrivé farouche prisonnier partit libre ami de la France. Plus rien n'évoque les bourreaux des conjurés.

Amboise, c'est le château des penseurs sur la terrasse méditant !

Le château de Blois. — Il a trois corps, trois caractères.

*L'aile Louis XII* avec la simplicité de ses briques rouges et noires, l'humour égrillarde de ses gargouilles monacales, la commodité de ses galeries, la gaieté de ses lucarnes, la facilité du coup d'œil jeté de ses remparts sur la cité indique la cordialité et la finesse des premiers d'Orléans : de Charles, le bon poète, et de son fils Louis, « le père du peuple ».

Le Blois de Louis XII, c'est le castel poétique du souverain avec bonhomie régnant !

*Le bâtiment François I<sup>er</sup>* sur l'ocre pâle de son revêtement porte beaucoup plus de ciselures, mais sans trop grandes fioritures. Mesurées sont les arabesques du ravissant escalier de la cour. Que de beauté dans les loges, l'attique, les colonnes, et les gargouilles de sa façade urbaine !

Mais que de complications dans l'intérieur !

Ces placards aux poisons s'ouvrant par des trappes, ces escaliers dissimulés dans les murs, ces coups de poignards dans le dos frappés par des poings assurés dans l'eau bénite, cette tour d'astronomie cabalistique, ce n'est pas français tout cela. On sent l'âme de Machiavel hanter ces parages.

Le Blois de François I<sup>er</sup>, c'est le palais artistique de princes fourbes dans la politique intrigant !

*L'aile Gaston d'Orléans* se soulève, s'élargit, s'avance grise, majestueuse et menaçante. Elle eût tout renversé, tout envahi, si eût survécu ce d'Orléans de nouvelle souche, digne oncle du Louis XIV qui traitera plus tard de grossière la



délicatesse gothique de nos aïeux. Son œuvre commencée reste. On l'admirerait davantage, car elle a beaucoup de grandeur, sans le séduisant voisinage de celles qu'elle voulait anéantir.

Le Blois de Gaston d'Orléans, c'est l'hôtel d'un gouverneur avec solennité administrant !

Montrichard où l'on s'arrêta en revenant de Chenonceaux possède les ruines d'un château, mais féodal, donc barbare. On ne nous en ouvrit que les oubliettes où l'on boit le sang des prisonniers que le geôlier Montmousseaux y enferme par milliers sur des carcans.

Plus d'un buveur dont le verre fut rempli par une caviste à l'œil aussi pétillant que le liquide doré, se rappelait son aînée qui, non loin de là, il y a plus de trois siècles, te versait le vin rouge oh ! Ronsard : « Marie, la jolie servante par qui tu fus trois ans en servage à Bourgueil ; mais las le temps s'en fut, le temps s'en est allé Madame, et tous deux maintenant sont étendus sous la lame ».

LA LOIRE DES VALOIS. — Ce morceau de la douce France, formé des deux moitiés adjacentes de l'Orléanais et de la Touraine que nous venons de parcourir, fut le jardin des Valois. La pièce d'eau en est la Loire, dans le trajet oblique de sa descente du Nord vers l'Ouest, après l'angle septentrional de son coude, avant la barre horizontale de sa marche à la mer, entre l'embouchure du Loiret et celle de l'Indre. De larges plaines, de verts coteaux, beaucoup de bois, pas mal de vignes, quelques céréales, et force étangs.

Tout est modération dans ces lignes et ces plans ; pas de dénivellations abruptes, partout des

transitions et cependant jamais de confusions. La pureté de l'air amortit les bruits sans les fondre. La clarté de la lumière y montre les choses et les êtres comme ils sont. Rien ne ressemble à rien, et tout a son propre caractère.

La sérénité de l'atmosphère y abat les nerfs. Rien de brusque dans les gestes et les mœurs. Sensibilité et imagination n'y trouvent pas de réactifs qui les déchainent. C'est le pays de la mesure, de la pensée claire et de l'observation nette; ce n'est pas celui de la rêverie. Descartes, qui nous apprend à raisonner, Balzac, qui voyait si exactement, y naquirent. Anatole France, le maître de l'expression limpide voulut y mourir. Et les extravagances de Rabelais ne furent qu'un raisonnable artifice, pour dire la vérité, en ces temps-là, sans risquer le bûcher. Leur ancêtre, Bérenger de Tours, au Moyen Age, avait été le premier à décocher, contre la chimère réaliste des universaux, les traits qui crevèrent le verbiage scholastique.

Le sentiment sait pourtant y fleurir et même y diriger la conduite, mais toujours sous le contrôle de la raison. Louise Lavallière nous l'a prouvé pour l'amour et Jules Lemaître pour la politique. Aussitôt qu'elle en constata la folie, la plus aimante des amantes enferma dans le cloître sa passion toujours brûlante. A côté de la pécheresse altérée de pénitence, il y a dans cette carmélite que Bossuet jetait en exemple aux belles dépravées de la cour, la Tourangelles tenant à établir par un excès de privations humiliantes, l'équilibre rompu par trop de voluptueuses vanités. Dès la première évidence des affirmations de ses contradicteurs, Lemaître qui vint au monde et le

quitta à Beaugency cessa une polémique qu'il menait de tout cœur, sans abdiquer pourtant ses convictions.

Quant à la sensualité, comment mépriserait-elle une population d'aimables gars et de saines filles, vivant sur des terres giboyeuses, poissonneuses et viticoles ? Grossière jusqu'à l'écœurement chez Rabelais, elle est raffinée chez Ronsard, qui se décrit avec sa maîtresse : « Ores baisant sa main et ores son tétin et ores ses beaux yeux endormis au matin » et qui ailleurs verse dans la mignardise. En tous cas, jamais elle n'abrutit l'esprit.

Cette Loire qui n'est pas toujours admirable, qui s'encrasse de sables l'été et have ses crues pendant l'hiver, dont s'écarte le pittoresque, ne mérite sa réputation que par l'influence exercée sur les événements qu'elle vit. C'est en sautant par-dessus elle, que la langue d'oc et la langue d'oïl firent le français. C'est en bataillant le long d'elle que Jeanne d'Arc nous délivra des Anglais. C'est sur ses bords que débarqua la Renaissance apportant dans ses bagages des trésors aussitôt acceptés et de la pacotille pendant longtemps refusée. C'est en baptisant de ses eaux maints vocables et maintes tournures grecs et latins que Ronsard et sa pléiade armèrent le français pour détrôner le latin comme langage officiel. Tant qu'ils vécurent dans sa vallée, nos artistes du xvr<sup>e</sup> siècle n'accueillirent des Italiens que les révélations de l'art antique, la glorification de la nudité humaine interdite au Moyen Age et le souci de l'ornementation ; mais ils rejetèrent la profusion inutile, le théâtral, le contourné, le maniéré, le convenu, l'arbitraire, pour continuer, selon la tradition nationale, la représentation du

vrai, de l'essentiel, de ce qui fait penser, du mesuré, du logique, toutes qualités honorées dans l'atelier que le sculpteur Michel Colombe avait fondé à Tours et dans celui de son prédécesseur, le miniaturiste Fouquet.

Le Val de la Loire fut le creuset où l'âme mystique du nord, l'âme païenne du midi et quelques éléments de l'âme étrangère se sont fondus pour former l'âme française. C'est pour cela que, malgré Stendhal, nous le trouvons beau.



C'est donc une leçon de collaboration internationale, de mesure et de clarté que nous retirons de ce voyage.

Nous avons vu comment l'affluence de travailleurs étrangers avait soutenu, tout en leur permettant de se caractériser, notre art et notre langue. Puissent les éminents psychiatres et neurologistes qui ont bien voulu se joindre à nous, continuer à nous apporter leur précieux concours.

La mesure ! de plus en plus, en toutes discussions à cause de la diversité croissante des obligations de la vie moderne ; plus qu'ailleurs en psychiatrie, où les vérités sont si incertaines ; principalement dans notre congrès, par suite de l'inflexible limitation du temps et du travail, elle sera nécessaire ! Le nombre des congressistes va croissant et la rigidité d'un programme qui doit longtemps à l'avance fixer un minutieux horaire, empêche toute prolongation ou toute addition de séance.

Le « syndrome de possession de la tribune » qui se révèle si souvent chez les savants, faisait cette année un opportun et savoureux pendant

« au syndrome de dépossession » inscrit à l'ordre du jour. Mais que désormais, notre automatisme mental n'impose plus le silence à la maîtrise mentale d'autrui ! N'obligeons plus certains collègues à repartir sans avoir pu placer un mot, comme ce fut le sort de quelques-uns cette fois. Rappelons-nous que la concision est la politesse des orateurs de nos assemblées, comme l'exactitude était celle des rois qui vécurent dans les palais où nous les tenons. D'ailleurs l'attention humaine a des bornes; et c'est vouloir n'être ni lu, ni entendu, que d'écrire ou de parler trop longuement.

Enfin, que la clarté soit le but suprême de nos efforts ! La rechercher, c'est occuper son temps, sans gaspiller celui des autres. Une pensée exprimée clairement laisse transparaître ses erreurs, tandis qu'exprimée obscurément, elle cache ses vérités. Que la psychiatrie française reste à la hauteur de sa renommée et qu'en revenant de la patrie de chirurgiens et de médecins comme Bretonneau, Velpeau et Trousseau elle soit plus jalouse encore de se montrer la digne fille de cet esprit français dont Anatole France, tourangeau d'élection écrivait : « Ses trois grandes qualités sont d'abord la clarté, puis la clarté, et enfin la clarté. Il faut avoir de l'exactitude à défaut de génie ».

Paul COURBON.

# CONSIDÉRATIONS SUR LA SCHIZOPHRÉNIE ET SES ASSOCIATIONS

Par Henri DAMAYE

---

Nous avons montré, en des travaux antérieurs, comme il est délicat sinon impossible de distinguer cliniquement, pendant la vie, les syndromes schizophréniques à méningo-encéphalite lente (démence précoce pour Claude) et ceux sans substratum actuellement décelable (schizophrénie proprement dite).

Nous voudrions aujourd'hui attirer l'attention sur la fréquence relative, en clinique, de l'association du syndrome schizophrénique avec d'autres psychoses ou d'autres troubles mentaux. Assez fréquents sont les mélancoliques, les débiles mentaux, les délirants divers, les déséquilibrés, les psychasthéniques, les hystériques... chez lesquels on remarque, en outre, des symptômes appartenant à la schizophrénie, plus ou moins accusés et en plus ou moins grand nombre. Il y a aussi des paralysies générales dont le tableau mental est un syndrome schizophrénique. Nous en avons observé plusieurs cas et montré jadis que la paralysie générale pouvait revêtir d'ailleurs la forme de tous les syndromes mentaux connus (1).

Le psychiatre, après une longue pratique, sait combien sont fréquentes en clinique les associations de syndromes mentaux. Autrefois, nous insistâmes déjà également sur ce fait en décrivant la manie confuse et les associations de la confusion mentale (2). On observe

---

(1) DAMAYE. — Les associations mentales du syndrome physique paralysie générale. *Progrès médical*, 19 avril 1913.

(2) DAMAYE. — Manie pure et manie confusionnelle. *Revue de Psychiatrie*, septembre 1910. — La confusion mentale et ses associations. *Annales médico-psychologiques*, 1911. — Les associations de la confusion mentale, *Archives de Neurologie*, mai 1912.

souvent des affections mentales qui ne répondent pas aux types décrits dans les manuels, mais qui semblent tenir de plusieurs de ces types à la fois. Le malade ainsi atteint réalise, en quelque sorte, une forme complexe ressortissant en même temps à deux clichés mentaux, même quelquefois à plusieurs. Il est habituel cependant que l'un ou l'autre syndrome prédomine, en cette association, en cette coexistence. Beaucoup de médecins désignent alors la psychose sous le nom du syndrome prédominant et négligent l'autre. Ou bien on considère cette association comme une forme atypique du syndrome qui prédomine. Il s'agit, en de tels cas, d'une prédisposition complexe d'un même cerveau qui réalise ainsi à la fois plus ou moins totalement divers syndromes mentaux pathologiques.

N'a-t-on pas, en médecine générale, des exemples de complexités ou d'associations du même genre ? Un foie cirrhotique peut, le cas n'est pas rare, présenter en même temps de la lithiase biliaire. Le cœur peut présenter à la fois de l'endocardite, de la myocardite et de la péricardite en proportions diverses. Le poumon peut être atteint à la fois de tuberculose, de pneumonie et de bronchite. Ce sont là évidemment lésions et réactions plus grossières que celles du cerveau pensant ; mais c'est pour dire que les cas mixtes, complexes sont communs en psychiatrie comme en médecine générale : on ne saurait s'en étonner. Toutefois, les psychiatres n'ont pas encore assez insisté sur les formes et les cas cliniques complexes, faits d'associations en proportions diverses.

Pour ce qui concerne les affections mentales intenses, celles des asiles d'aliénés, celles décrites par les manuels, les associations dont il s'agit présentent surtout un intérêt pathologique ou clinique. Mais pour les cas moins intenses, moins accusés, ceux de « demi-folie » à tous degrés qui restent dans la vie libre, le fait a un intérêt social peut-être plus considérable encore. En effet, nos malades des asiles ne troublent plus, ne vicient plus le cours de la vie libre, de cette vie qu'on appelle « normale ». Mais il n'en est pas de même pour les cas très atténués des mêmes psychoses, lesquels exer-

cent une profession et jouissent des mêmes droits que les individus absolument sains d'esprit. Nous ne reviendrons pas ici sur l'étude de ces anomalies, que nous avons faite en plusieurs ouvrages médico-sociaux. Nous remarquerons seulement combien sont nombreux en la vie courante ces malades ou ces anormaux atténués dont la collectivité subit les extravagances et qui la mènent parfois au désastre. Nous remarquerons l'utilité de les reconnaître, ces anormaux, pour s'en préserver et aussi pour les traiter, les améliorer ou les guérir, le cas échéant.

Si les débiles mentaux, les mal équilibrés, les subdélirants légers sont extrêmement nombreux dans la vie courante, en dehors des asiles, les schizophréniques atténués, légers, purs ou associés y sont tout aussi réels, disséminés parmi des individus normaux ou plus normaux mentalement. Ces malades ou ces anormaux légers de la vie libre ne sont pas observés par le psychiatre : seuls les personnes en contact avec eux ou les chefs de collectivités sont à même d'apercevoir leurs anomalies. A l'heure actuelle, on ne les considère encore ni comme malades, ni même comme anormaux : le terme de maladie n'est guère appliqué qu'aux individus des asiles, des hôpitaux et des dispensaires, c'est-à-dire à des sujets dont les troubles psychiques présentent déjà une certaine intensité.

Nous observons assez fréquemment, à tous les degrés d'intensité, des symptômes d'hystérie associés à des délires plus ou moins intenses ; ou la débilité mentale associée à du déséquilibre, à de la psychasthénie ; ou des symptômes psychasthéniques associés à du délire, à de l'hystérie, etc., etc. (1).

Entre la catalepsie hystérique et la catatonie des déments précoces, il n'est pas de démarcation réelle. Nous avons vu des cas bien difficiles à ranger sous l'une ou l'autre étiquette. Et d'autre part, on sait que la démence précoce débute quelquefois par des symptômes laissant croire à de la pure hystérie.

---

(1) Voir Henri Colin : *L'état mental des hystériques* in traité de Gilbert Ballet.



Et le syndrome schizophrénique peut guérir comme tous les autres syndromes mentaux : tout dépend du degré de la prédisposition. Nous en guérissons chaque année un certain nombre par le cacodylate, l'iode et la viande crue, en même temps que guérissent leurs lésions de bacillose pleuro-pulmonaire. On a signalé aussi des syndromes schizophréniques guérissant à l'asile spontanément en apparence, tout au moins en dehors de médications volontaires et déterminées.

Nous intercalons cette petite digression pour bien montrer que la fameuse schizophrénie obéit aux mêmes lois que toutes les psychoses, que tous les troubles mentaux.

Nous employons avec quelque indifférence les termes schizophrénie et démence précoce, parce que tout en nous ralliant pleinement à la distinction anatomo-pathologique de Claude, nous n'avons jamais bien pu, depuis dix-huit ou vingt ans, différencier cliniquement pendant la vie les cerveaux sans lésions et ceux avec méningo-encéphalite. Au point de vue pratique, nous nous en tenons à une conception étiologique et disons avec L. Marchand : Il y a deux sortes de syndromes démence précoce : les unes en rapport avec une syphilis ou une tuberculose personnelles (toxi-infectieuses) ; les autres résultantes de syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc., des ascendants (constitutionnelles). Jusqu'à présent, c'est tout ce que nous pouvons dire d'assez positif. Le diagnostic clinique de la variété anatomo-pathologique nous a trop souvent dérouté, jadis, quand nous le tenions.

Des symptômes schizophréniques peuvent s'associer à divers syndromes de la pathologie mentale, donnant lieu ainsi à des cas cliniques de physionomie particulière. Prenons quelques malades de notre service.

Voici une jeune fille de dix-huit ans, débile mentale originellement. Depuis quelques années seulement, elle a des impulsions, des moments de mutisme, d'autres de stupidité ; parfois, elle refuse de s'alimenter. On constate, chez elle, des lésions tuberculeuses du poumon, qui, chronologiquement, peuvent bien être contemporaines de l'apparition des symptômes schizophréniques.

En traitant cette tuberculose, peut-être fera-t-on disparaître l'appoint schizophrénique. Tout dépend du degré de prédisposition constitutionnelle.

Voici une femme de vingt-huit ans, mélancolique anxieuse et dépressive, à idées de suicide. Mais elle présente, en outre, un peu de négativisme, des moments de stupidité catatonique, de l'indifférence familiale. Nous l'avons guérie une première fois ; elle a récidivé à l'occasion d'un choc émotionnel (mort de son père). Peut-être la guérirons-nous encore.

Voici une femme de cinquante-deux ans, mélancolique délirante et anxieuse. Mais elle a, en même temps, du négativisme, des stéréotypies, du bégaiement volontaire par moments, du mutisme volontaire par moments aussi, de l'indifférence vis-à-vis des siens. Tuberculeuse pulmonaire. Nous traitons sa tuberculose et, actuellement, il y a déjà à la fois amélioration physique, amélioration de la mélancolie et amélioration des symptômes schizophréniques.

Voici un homme de trente-deux ans, mélancolique anxieux et hypocondriaque. Il a, en outre, de l'asthénie, du négativisme, des stéréotypies, des troubles de l'attention et de la mémoire. Devons-nous dire ici : mélancolie avec appoint schizophrénique ou mélancolie avec appoint psychasthénique ?... Personnellement, nous ne trancherons point la question. D'ailleurs, pratiquement peu importe. Ce malade, tuberculeux pulmonaire également, est en voie d'amélioration progressive physique, mélancolique et schizophrénique ou psychasthénique à la fois, sous l'influence du traitement antituberculeux.

Nous pourrions prolonger ces exemples en de longues pages : c'est inutile à notre démonstration.

Outre les appoints schizophréniques qui s'associent à des degrés divers et en des proportions diverses, aux différents types de psychoses constitutionnelles ou toxi-infectieuses, nous devons signaler les cas d'un autre genre où un délire aigu éclate chez un schizophrène. Nous avons eu plusieurs cas de cette espèce ; nous avons guéri le délire aigu par la thérapeutique anti-infectieuse, mais le malade est resté schizophrène

comme par le passé. Il s'agit, dans ces cas, de schizophrènes qui s'alimentent mal. La septicémie éclate un beau jour et le cerveau, lieu de moindre résistance, donne prise à la méningo-encéphalite substratum du délire aigu. A ce propos, il ne serait pas impossible qu'un délire aigu guéri transformât parfois un « schizophrène » sans lésions cérébrales en un « dément précoce » à méningo-encéphalite chronique...

Disons enfin qu'en examinant *les antécédents familiaux des délirants aigus et des deliriums tremens*, nous avons plus d'une fois trouvé, chez ces malades, un frère ou une sœur atteints de schizophrénie ou de démence précoce. L'organe cérébral était donc, en ces familles, lieu de moindre résistance. Cette constatation aussi nous paraît intéressante au point de vue de l'étiologie du délire aigu et du *delirium tremens*. Ces deux affections aiguës, d'ordre septicémique, nécessiteraient un cerveau très prédisposé. C'est ce qui nous explique les cas de psychoses chroniques consécutifs à la guérison du délire aigu et du *delirium tremens* (1).

---

(1) DAMAYE. — La prédisposition dans le délire aigu et le *delirium tremens*. *Progrès médical*, 8 octobre 1927.

---

# A PROPOS DE L'AUTOMATISME MENTAL

Par M. Achille DELMAS

---

Malgré l'effort de nos brillants rapporteurs et l'intervention de nos plus éminents collègues, au Congrès de Blois, l'accord n'est pas fait sur ce qu'il convient d'entendre par automatisme mental et c'était pourtant là le point essentiel de la discussion. A notre avis, il n'a pas été suffisamment indiqué qu'il n'existe pas, au sens étymologique, d'automatisme véritable. L'usage de ce terme ne peut avoir rien de rigoureux ni d'absolu et sera toujours affaire de convention ; on ne peut l'appliquer qu'à ce qui n'étant pas vraiment de l'automatisme, s'en rapproche cependant par quelque ressemblance. Toute liberté est ainsi laissée de lui donner une extension plus ou moins grande ; toutefois n'oublions pas que plus on limite le sens d'un terme, plus il est facile de s'entendre à son sujet et de l'utiliser avec bénéfice.

A ce dernier point de vue, il nous paraît que M. Lévy-Valensi, dans son rapport, et M. Janet, dans ses travaux, donnent au mot automatisme un sens exagérément large. La définition de M. Janet, qui considère l'automatisme comme un ensemble d'activités inférieures, a d'abord le grave inconvénient de différer complètement de celle qu'accepte la très grande majorité des psychologues. D'autre part, une division basée sur ce qui est supérieur et inférieur ressemble un peu trop à un palmarès de distribution de prix ; c'est une opposition qualitative, qui nous éloigne des variations quantitatives d'une science positive. Enfin, en raison de son extrême extensivité, cette définition englobe un trop grand nombre d'états, les uns normaux (rêve, rêverie, distraction, associations d'idées, évocations de la mémoire, combinaisons de l'imagi-

nation, etc...), les autres pathologiques (obsessions, certains éléments maniaques, mélancoliques, confusionnels, etc...). On pourrait encore ajouter que la conception de M. Janet est injuste envers l'automatisme car il serait facile et nullement paradoxal, de montrer que l'automatisme est un perfectionnement de l'activité, un facteur de progrès et d'adaptation, une « économie d'énergie spirituelle » (Chaslin).

M. Nayrac, par contre, dans son rapport, admet la nécessité de différencier deux variétés d'automatisme, l'un psychologique, l'autre pathologique. Nous sommes tout à fait d'accord avec lui sur cette division. L'automatisme psychologique, pour la très grande majorité des psychologues, comprend des phénomènes, qui, d'abord exécutés avec un effort d'attention et de réflexion, arrivent à se reproduire, par leur répétition même, avec un minimum d'effort, d'attention et de réflexion. Ces phénomènes acquièrent ainsi une apparence d'automatisme, mais ce n'est qu'une apparence, car ils restent, suivant le mot de Blondel, « une activité surveillée ». C'est là une définition précise et limitée. Les psychologues, même ceux qui l'admettent, s'en évadent trop souvent. Il y a intérêt à s'y tenir strictement.

L'automatisme pathologique est tout autre. Il comprend les phénomènes qui ont pour caractère essentiel d'apparaître au malade comme s'ils se produisaient sans lui, par un mécanisme autre que lui-même et de lui donner ainsi le sentiment qu'ils sont automatiques. M. Janet, au Congrès de Blois, nous mettait en garde contre l'exactitude de ce sentiment. Il avait bien raison. Ce sentiment est sûrement inexact ; ici encore il ne s'agit pas d'automatisme véritable. Qu'importe ? Le fait essentiel, c'est que les phénomènes en question donnent au sujet le sentiment de l'automatisme et qu'ainsi ils peuvent être groupés et définis par ce seul caractère. Ce sentiment, dit Ségla, « est l'élément primordial », il ne résulte point d'une interprétation secondaire », mais « d'un jugement immédiat, d'une donnée immédiate de la conscience ». Ces phénomènes sont tels que le sujet n'en a pas encore

éprouvés de pareils (Nayrac); ils sont « un accident parasitaire » (de Clérambault); ils viennent par « invasion », par « intrusion » (Lévy-Valensi). Ils sont étranges, étrangers, inconnus, nouveaux, jamais encore ressentis.

L'automatisme pathologique ainsi défini *cliniquement* comme un sentiment d'automatisme imposé au malade par la forme *intrinsèque* du phénomène, est une constatation objective qu'il n'y a qu'à inscrire. M. Nayrac a qualifié cet automatisme d'automatisme à la de Clérambault. Nous souscrivons volontiers à cette appellation et la concession que faisait M. de Clérambault, en désignant, au Congrès de Blois, le syndrome, de la lettre S, est inacceptable et d'ailleurs trop tardive. La terminologie d'automatisme pathologique nous paraît acquise; elle l'a été, d'emblée, parce qu'il n'en était pas de meilleure ni de plus juste.

Si les deux automatismes doivent être soigneusement différenciés, il n'en résulte point qu'ils soient contradictoires et, en fait, ils coexistent chez le malade. Celui-ci conserve ce qu'il possédait déjà; il reste pendant longtemps ce qu'il était, mais, à ce qu'il était, s'ajoutent des phénomènes nouveaux, d'où un état qui ne crée pas deux personnalités nouvelles, mais crée, dans la même personnalité, deux ordres, deux modalités de phénomènes; c'est l'état de dissidence, de scission, de dualité, suivant les termes usités. C'est pourquoi, et j'en demande pardon à mon ami Lévy-Valensi, le mot de « dépossession » n'est pas exact; le malade ne perd rien de ce qu'il possédait; tout au plus n'entre-t-il pas en possession complète des phénomènes nouveaux. De même, au lieu de dire avec Cellier que le sentiment d'automatisme naît de la désappropriation au moi, il paraît plus exact de dire que la désappropriation au moi résulte du sentiment d'automatisme, celui-ci impliquant celle-là. En réalité, les deux expressions sont synonymes comme le sont, avec elles, les termes de non-annexion ou non-intégration déjà employés par de Clérambault. Mais il est un terme qui nous paraît plus critiquable encore quand

on l'emploie pour désigner un symptôme précoce, c'est celui de désagrégation ou de dissociation. Il est des malades qui ne s'affaiblissent intellectuellement qu'après de longues années d'évolution ; il en est même qui ne s'affaiblissent jamais. Mais ceux-là même qui deviennent assez rapidement déments, ne sont dès le début ni désagrégés ni dissociés ; ils le deviennent en plus ou moins de temps, voilà tout. La désagrégation n'est donc pas, dans le temps, sur le même plan que l'automatisme ; elle est un état plus ou moins tardif, par conséquent secondaire ; l'automatisme mental la précède et reste donc bien, au début, l'élément primordial.

L'automatisme mental, paraissant ainsi cliniquement primitif et fondamental, ne pouvait pas ne pas susciter des tentatives d'explications théoriques quant à son origine et sa nature. Parmi les théories psychologiques celle de M. Cellier reste jusqu'ici la plus complètement exposée. Le sentiment d'automatisme viendrait, pour cet auteur, d'un reniement de tendances, qui viendrait lui-même d'un contraste affectif, d'une discordance affective. A cette théorie on peut objecter d'abord qu'il faudrait retrouver cliniquement chez les malades le contraste affectif correspondant ; il ne nous paraît pas qu'il en soit ainsi d'ordinaire. D'autre part, nous éprouvons tous des contrastes affectifs multiples, de même que des conflits affectifs divers et une cause commune à tous et qui ne donne pas le même syndrome à tous, n'est plus une cause. Enfin le sentiment d'automatisme, donné d'abord comme primordial avec Séglas, dépendrait d'un élément plus primordial encore : la discordance affective. Dans cette voie de priorité, il n'est plus facile de s'arrêter et M. Cellier n'hésite pas à supposer, comme élément plus primordial encore, une contribution nouvelle spéciale. Il nous paraît qu'on abuse vraiment trop des contrastes et conflits affectifs et des constitutions. Je suis reconnaissant à M. Nayrac de n'avoir pas, pour sa part, invoqué l'hypothèse d'une constitution automatique.

A propos des théories psychologiques, j'ai été un peu surpris que les rapporteurs n'aient cru devoir

rappeler ni Freud ni Bleuler. Le freudisme, qui tend à tout expliquer, ne s'appliquerait-il pas à la genèse du syndrome d'automatisme ? Quant à la schizophrénie elle comprend bien, me semble-t-il, des malades du genre de ceux dont on discutait au Congrès de Blois ; l'autisme aurait dû être invoqué et MM. Lévy-Valensi et Cellier nous devaient de préciser en quoi leur nouvelle constitution différerait de la constitution schizoïde. Toutefois, s'il faut voir là un déclin de ces théories importées, ce n'est pas moi qui le regretterai.

Enfin les malades visés par M. Blondel dans ses travaux sur la conscience morbide sont bien aussi de ceux dont on s'occupait à Blois et c'est à mon avis une lacune des rapports, qu'ils aient été présentés sans mention des opinions de cet auteur.

Pour me résumer, je dirai que du point de vue clinique, M. de Clérambault a eu le très grand mérite de montrer, sinon le premier, du moins bien plus complètement et plus évidemment que ses prédécesseurs, l'importance primordiale et l'unité syndromique de l'automatisme mental. Sa synthèse clinique nous paraît constituer une acquisition originale et durable de la psychiatrie et j'y donne mon adhésion sans réserve.

Quant à la partie pathogénique de son œuvre, si elle n'est pas matériellement démontrée, il n'en est pas moins vrai que les subtilités les plus ingénieuses de la psychologie ne l'empêcheront pas d'apparaître comme la plus probable, la plus proche des faits et la plus satisfaisante pour l'esprit.

C'est pourquoi, suivant l'exemple de Nayrac quand il parle de l'automatisme à la de Clérambault, je proposerais volontiers d'adopter une terminologie qui mettrait sur le même plan que les délires à base d'interprétation de Sérieux et Capgras, par exemple, les délires à base d'automatisme de de Clérambault. Ce serait, pour une fois, rendre justice à un auteur français, et, par là-même, à la Psychiatrie française.

---



# UNE NOUVELLE CONCEPTION DU GÉNIE ET DU TALENT

Par le Dr A. STAROBINSKI (Genève)

---

Le problème psycho-pathologique du génie et du talent a toujours intéressé la psychiatrie. Depuis les célèbres travaux de Lombroso, il existe un nombre de recherches considérables sur cette question, ainsi que des « pathographies » spéciales, c'est-à-dire des études psychologiques particulières consacrées à certains génies. Toutes ces études sont plus ou moins éparpillées dans des nombreuses revues et publications médicales et extra-médicales.

Or, depuis 1925, il existe en Russie une revue spéciale intitulée « Les Archives Cliniques du Génie et du Talent » dirigée par le Dr G.-V. Ségaline, Professeur à l'Université d'Oural.

Nous avons sous les yeux les quatre premiers fascicules de cette revue, dans laquelle nous trouvons une série d'articles originaux du Dr Ségaline, ainsi que plusieurs pathographies spéciales.

Dans le présent travail nous désirons exposer les idées fondamentales de cette nouvelle théorie du génie.

D'après M. Ségaline le génie est constitué des deux composantes fondamentales : la composante cumulative et la composante psychopathique. La composante cumulative est le résultat de l'énergie nerveuse et psychique accumulée pendant des nombreuses générations par nos ascendants. Quand nous parlons de l'intelligence, des capacités et d'autres qualités psychiques des individus, il s'agit surtout de l'énergie potentielle, de l'énergie cumulative qui se trouve en eux et qui arrive à se

manifeste grâce à l'effet excitant du monde extérieur. M. Ségaline donne à ce sujet une comparaison très démonstrative.

Imaginons la scène d'un théâtre. Les coulisses donnent tout le matériel nécessaire pour la scène, matériel jusqu'alors dissocié: les artistes, l'éclairage, la décoration, les costumes, etc. La salle de spectacle est l'excitant qui provoque la manifestation de ce matériel sur la scène, où il constitue un ensemble synthétique.

De même l'énergie latente de l'inconscient se manifeste dans la partie consciente de notre psychisme sous l'influence des excitations du monde ambiant. Toutefois toutes les forces de l'inconscient ne participent pas à la vie consciente et notre personnalité n'est pas seulement le résultat de la vie consciente, mais aussi le résultat de la manifestation de l'énergie cumulative ramassée dans le passé ontogénique et philogénique de l'individu. La différence entre deux nouveau-nés de deux races différentes est la différence de l'énergie potentielle contenue dans chacun d'eux. Toute la hiérarchie psychique entre les individus en ce qui concerne leurs capacités, leur intelligence, leur esprit est basée sur la quantité et la qualité différentes de cette énergie cumulative.

Chez l'homme de génie l'énergie cumulative est particulièrement élevée. Son activité créatrice se manifeste pendant le jeune âge et elle est indépendante des expériences de la vie, résultat de l'activité du conscient. Les idées géniales apparaissent ainsi par inspiration qui n'est rien d'autre qu'une activité particulière de l'inconscient. On voit même chez certains génies que la perception ne se fait pas d'une façon consciente, mais s'élabore le plus souvent par l'inconscient. Nous voyons ainsi que la source fondamentale du génie est l'énergie cumulative concentrée en lui par la série philogénétique des ancêtres. Autour de ce noyau se concentre son expérience personnelle. Mais quelles sont les conditions de la manifestation de l'énergie cumulative du génie ?

Ces conditions sont justement les éléments psycho-

pathiques constitutionnels du génie. Les éléments psychopathiques existent toujours dans les lignées des ancêtres et des parents collatéraux du génie. En effet, lorsqu'on étudie la lignée héréditaire des hommes de génie on y constate des individus malades mentalement dans 100 0/0 des cas. Le facteur psychopathique qui est un facteur de dissociation donne au génie la possibilité de mettre en liberté les complexes psychiques accumulés.

Chez plusieurs hommes célèbres l'activité créatrice se manifeste au moment de la dissociation de l'appareil de contrôle du conscient. Ainsi, la paralysie générale au début (Beaudelaire, Maupassant) ou les accès de manie (Wolff, Pouchkine) marquent une exaltation de l'activité créatrice.

La dissociation de la personnalité par la maladie est le facteur qui permet à l'énergie psychique concentrée dans l'inconscient du génie de manifester les trésors accumulés en lui.

Cette dissociation psychopathique, ainsi que l'énergie cumulative proviennent chez le génie soit du côté paternel, soit du côté maternel, soit des deux lignées à la fois. Prenons quelques exemples.

Gogol, Tourguénieff, Ibsen, Ruskin, Montesquieu sont des génies chez lesquels l'énergie cumulative provenait du côté paternel et la dissociation psychopathique du côté maternel.

Tolstoï, Dostoïewski, Stendhal, Rousseau sont des génies chez lesquels l'élément psychopathique est d'origine paternel et l'élément cumulatif provient du côté maternel.

Enfin, chez Strindberg, Goethe, Byron, Schopenhauer, Flaubert, Molière, Balzac, les 2 éléments coexistent dans les deux lignées.

Certes, à côté du facteur psychopathique il existe d'autres facteurs qui jouent un rôle favorable pour l'apparition du génie.

Ce facteur est le mélange des races. En effet, chez plusieurs génies, le père et la mère appartiennent à des peuples ou à des races différentes. Tels sont les cas de

Nietzsche, Pouchekine, Chopin, Lermontoff, Kant, Leibnitz, etc.

Le croisement des races est un croisement des oppositions et des antagonismes bio-chimiques. Ces antagonismes sont favorables à la manifestation de l'énergie latente du génie. Les relations entre l'élément cumulatif et l'élément psychopathique sont variables.

Ainsi chez certaines personnes nous trouvons une énergie accumulée considérable avec un élément de dissociation très faible et inversement. Enfin, le caractère psychopathique de la dissociation joue un rôle considérable dans l'activité du génie. Ces cinq états différents de psychopathie d'après la classification de Kretschmer peuvent donner leur empreinte à la manifestation du génie.

De toutes ces considérations théoriques, M. Ségaline tire quelques conclusions pratiques très importantes.

En premier lieu, il est nécessaire de changer notre point de vue sur la notion de la maladie en général, et de la maladie mentale en particulier.

La maladie n'est pas toujours un mal dans le sens absolu du terme.

Grâce à la maladie, que nous arrivons à vaincre, nous enrichissons la structure bio-chimique de notre organisme (immunité).

Au point de vue psychique il y a également des maladies qui enrichissent notre personnalité, qui mettent en liberté les énergies latentes et qui nous aident à accomplir les actions que nous n'aurions pas pu accomplir étant en santé parfaite. La maladie psychique du grand homme est justement cette maladie utile qui lui permet de se manifester dans toute sa grandeur.

La deuxième conclusion se rattache à l'eugénique. Tout le monde sait que l'eugénique s'efforce d'éliminer du sein de l'humanité les êtres faibles, tarés, malades physiquement et psychiquement. Dans certains pays on pratique même la castration des individus tarés. Pour assainir l'humanité de la « mauvaise hérédité » on empêche aux individus tarés d'avoir des descendants.

Les résultats de l'eugénique seraient favorables pour

créer une humanité médiocre, mais ils seraient désastreux pour la genèse des hommes de génie, car, comme nous l'avons vu, l'essence du grand homme est liée aux états pathologiques, considérés en tant que facteurs biologiques.

La troisième conclusion concerne les mariages mixtes entre les représentants des peuples et des races différentes. Le mélange des races permet la dissociation. Le mélange des races est quelquefois utile pour la mise en liberté de certaines énergies accumulées dans une lignée ancestrale.

Telles sont les idées fondamentales de cette nouvelle théorie du génie qui est une hypothèse de travail utile et qui peut servir comme point de départ à un grand nombre de recherches intéressantes.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 18 JUILLET 1927

Présidence de M. SEMELAIGNE, vice-président

MM. Legrain, président, et Leroy, vice-président, empêchés, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Etaient présents : MM. P. Abély, X. Abély, Beaudouin, Collet, Demay, membres correspondants.

M. Henri Colin, secrétaire général, délégué au Congrès de la *Royal Medico-Psychological Association*, qui se tient à Edimbourg, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Bussard, secrétaire des séances, est excusé.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de MM. Donald-Ross et H.-C. Marr qui remercient la Société de les avoir nommés membres associés étrangers.

## Un cas d'athétose double

par MM. J.-Ch. MILLER, Th. SIMON et J. VIÉ

Les cas d'athétose double ne sont pas si fréquents qu'il soit sans intérêt d'en publier une nouvelle observation.

### I

Le garçon dont il s'agit est venu à terme, mais l'accouchement fut difficile. Il nécessita l'emploi du *forceps* et l'enfant vint au monde en état d'*asphyxie bleue*. C'était un gros enfant de 11 à 12 livres. Il resta sans crier pendant trois semaines, il ne pouvait téter, il cria ensuite pendant

plus de quinze jours sans arrêt. Les parents remarquèrent des mouvements involontaires dès l'âge de trois semaines, et jusque vers 4 ans l'enfant ne put que se traîner à quatre pattes. Il n'essaya pas de parler avant 3 ans et son langage resta tout à fait incompréhensible jusqu'à 6 ou 7 ans...

Si nous ajoutons que notre jeune garçon eut les oreillons vers 11 ans et une jaunisse dans sa douzième année, également qu'il n'alla jamais à l'école, c'est à peu près tout ce que nous avons pu reconstituer de l'histoire de notre sujet.

Son père est mort après la guerre d'une laryngite tuberculeuse. Si nous en croyons sa femme, il était nerveux. La mère de notre malade se plaint elle-même d'anémie cérébrale, de crises de nerfs sur lesquelles nous n'avons pas de détails bien précis mais qui du moins ne paraissent aucunement comitiales; elle se tourmente facilement; nous ne relevons toutefois chez elle comme accident pathologique qu'une fausse couche de 2 mois, 1/2 en septembre 1926, après un second mariage. Elle dit enfin avoir eu un frère intelligent, mais nerveux et impulsif, mort du tétanos à 9 ans. Ce qui la décide à placer son enfant est l'impossibilité où elle se trouve de pouvoir travailler en raison des soins qu'elle doit lui donner constamment.

Notre malade est actuellement âgé de 14 ans 1/2. Quand nous approchons de son lit nous le trouvons à demi assis, mais à peine nous aperçoit-il qu'il se redresse en nous adressant quelques mots, et d'emblée nous sommes frappés par l'expression de son visage qui est le siège de contractions diverses dans les muscles du front, du pourtour des yeux, de la bouche, etc., de même qu'on ne peut pas ne pas remarquer l'étrange gesticulation de ses bras.

Procédons maintenant à un examen méthodique :

1° *Malade couché.* Sur notre invitation il repose étendu sur le dos et l'on obtient alors une accalmie relative. On ne remarque dans ces conditions que quelques secousses de la face : clignement des paupières, tiraillements en haut de la lèvre supérieure, petites contractions myocloniques de la joue droite et de l'aile du nez à droite. Notre malade présente, en outre, de petits mouvements athétosiques aux extrémités, doigts et orteils, mouvements plus marqués du côté droit qu'aux membres gauches.

Le front est fuyant et court; les oreilles sont larges, dépliées, épaisses, avec de grands lobules; les yeux sont grands, les fentes palpébrales élargies, les globes oculaires

saillants. Les lèvres sont épaisses, les dents sont de mauvaise qualité et mal implantées : les incisives médianes supérieures sont écartées ; une molaire supplémentaire occupe une situation anormale. On remarque au cou quelques ganglions.

Le thorax est étroit et semble allongé dans le sens vertical ; il est asymétrique, et plus bombé à droite. La respiration se fait mal ; elle est plus buccale que nasale.

2° *Malade assis*. Le tronc est droit, les jambes de préférence pliées, la droite sur la gauche, et assez souvent le pied droit ramené derrière la jambe gauche. Dans cette position les mouvements athétosiques des extrémités sont plus amples et plus fréquents que dans la position couchée, et la tête est le siège de mouvements brusques et involontaires presque incessants.

Les mains présentent des mouvements de reptation à peu près continus : la main se fléchit sur le poignet, les doigts s'écartent et s'étendent ; ou bien la main se tord sur son axe..., notamment lorsque le malade essaie de faire des mouvements de préhension. L'exécution d'un mouvement d'une main entraîne dans l'autre un mouvement semblable... Tous ces mouvements involontaires s'accomplissent d'ailleurs à l'occasion de n'importe quel effort, et la volonté n'est capable de les suspendre que pendant un temps très court.

3° *Malade debout*. Le tronc est rejeté en arrière, le ventre projeté en avant, les muscles abdominaux sont tendus, les veines de la paroi abdominale inférieure sont gonflées. La déformation thoracique que nous avons signalée est plus apparente encore que dans la situation couchée, et la colonne vertébrale présente une scoliose notable avec convexité droite supérieure et convexité gauche inférieure. Les cuisses sont en légère rotation interne avec contracture des muscles. Il existe une légère flexion des genoux qui ont tendance à se rapprocher, tandis que les muscles des jambes sont également contracturés. Enfin léger équinisme des pieds surtout à droite.

Dans la station debout l'immobilité n'est pas conservée : la tête présente une mobilité continuelle et les extrémités restent le siège de mouvements athétosiques qui sont plus amples, plus fréquents à droite, et surtout au poignet et à la main.

4° *Marche*. Avant de se mettre en marche le malade commence par « s'équilibrer » : la tête est rejetée en arrière, le tronc se fixe, les jambes se raidissent, les bras se ten-



dent en avant, les doigts des mains et les orteils s'écartent en extension. Dès que le malade fait quelques pas tous ses muscles entrent en contraction en sorte qu'il n'a aucune souplesse et qu'il marche avec la rigidité d'un pantin. La tête en arrière, le regard haut, il avance à petits pas, traînant la plante des pieds sur leur bord interne.

Pendant la marche les mouvements athétosiques proprement dits disparaissent à peu près complètement, probablement à cause de la contraction générale des muscles ; mais d'autre part l'effort provoque presque constamment des grimaces de la face.

Si l'on prie le malade de garder les bras accolés au corps ou croisés sur la poitrine, la marche est encore possible mais avec plus de difficulté. Il est d'ailleurs toujours prudent sinon constamment nécessaire de maintenir un peu le malade par derrière.

Où la marche est la plus facile, c'est lorsque le malade pose ses deux mains sur le dossier d'une chaise qu'il soulève alors devant lui et qu'il projette à chaque pas ; ou encore lorsqu'il se met à genoux et qu'il glisse par terre à quatre pattes en avançant à l'aide de ses bras. Il déclare d'ailleurs avoir marché de cette façon jusqu'à l'âge de 9 ans. Même dans cette attitude de marche à quatre pattes, soit avec une chaise, soit sur le plancher, le malade reste raide et continue de se *dandiner* ; toutefois l'équilibre est beaucoup meilleur et le déplacement est plus facile et plus prompt.

Ajoutons quelques détails complémentaires. Le malade est incapable de froncer les sourcils, ou de fermer un œil sans fermer l'autre. On constate du nystagmus dans le regard à droite. Notre malade ne peut non plus montrer les dents inférieures à droite, et, s'il y parvient à gauche, c'est grâce à une déviation de la bouche qui rappelle celle des hémiplegiques.

La langue est grosse, tremblante, instable ; le malade ne peut l'avancer par-dessus la lèvre inférieure. Lorsqu'on le prie de la tirer on la voit s'animer d'ondulations transversales qui la font alternativement bomber en dôme et s'étaler.

Enfin il existe une *dysarthrie* formidable, vraisemblablement de cause motrice et provoquée par des spasmes musculaires. Chaque syllabe demande un effort, la voix est grave, cavernieuse ; la parole est saccadée, souvent bitonale ; les mots longs et difficiles sont presque incompréhensibles.

Le *développement musculaire* mérite d'être examiné. Comme le malade est assez maigre, ses masses musculaires font saillie, et ses muscles sont en effet capables de résister aux efforts de mobilisation de ses divers segments de membre. Ainsi le malade s'oppose convenablement à l'extension de sa cuisse fléchie, ou à la flexion de sa cuisse étendue ; il résiste aux mouvements d'abduction qu'on cherche à imprimer à ses membres inférieurs, également à l'abduction de ses membres supérieurs (deltoïde et grand dentelé). Les muscles vertébraux ne sont pas non plus sans efficacité ; le malade est capable de résister à la flexion et à l'extension du tronc ainsi qu'aux mouvements de latéralité imprimés à sa tête...

Cependant si l'on essaie de mesurer la force musculaire on la trouve notablement réduite, tant par maladresse que par faiblesse réelle. Le malade tient difficilement le *dynamomètre*. En même temps qu'il le presse, il garde l'avant-bras fléchi sur le bras par une contracture involontaire. Dans ces conditions la main droite donne 11 kilogs, force habituelle d'un enfant de 7 ans 1/2, et la main gauche 10 kilogs. Utilise-t-on le dynamomètre comme instrument de traction, le malade ne déploie qu'une force de 40 kilogs tandis que la plupart de nos garçons de son âge en fournissent 80 à 100.

L'état des *réflexes* est le suivant : les réflexes crémastériens et abdominaux sont conservés ; les réflexes tendineux, rotuliens et autres sont normaux ; pas de trépidation épileptoïde ; pas de réflexe de Babinski.

Il n'existe pas d'accidents convulsifs et on n'en relève pas dans le passé du malade. Pas de gâtisme non plus. Pas de troubles urinaires. Le cœur est normal à l'auscultation, le pouls bat à 78 avec une pression de 5 1/2-12, indice oscillométrique 2, au Pachon Gallavardin.

Disons pour terminer ce chapitre que le malade est actuellement en pleine puberté, avec poils pubiens abondants, verge développée. Son corps thyroïde n'est pas volumineux, mais palpable.

Sa *taille* est aujourd'hui de 158 cm. 1/2, taille habituelle d'un garçon de 16 ans environ et son *poids* est de 49 kilos, poids de 16 ans 1/2. Dans l'ensemble ce garçon est donc pour son âge particulièrement développé.

Cet état physique rappelle de tous points la description de l'athétose double liée aux encéphalopathies infantiles, telles qu'on la trouve dans Déjerine (*Sémiologie des affections du système nerveux*), dans Claude

(*Maladies du système nerveux*, in Gilbert et Fournier) ou dans le traité de Sergent, sous la signature de Babonneix : athétose des doigts et des mains; grimaces de la face; rigidité musculaire peu marquée au repos, exagérée à l'occasion des moindres mouvements, contracture des membres inférieurs qui simule plus ou moins la maladie de Little; marche de canard, dysarthrie, etc., tout y est. On peut penser, d'autre part, en l'absence des contractures au repos, en l'absence de clonus, de signe de Babinski, qu'on serait en présence d'une athétose d'origine striée (Cécile Vogt, Babonneix, Testut...) sans extension des lésions au système pyramidal. Ce diagnostic s'accorderait également avec l'origine de l'état actuel qui paraît être l'asphyxie à la naissance et avec la légère amélioration qui s'est produite avec les années.

## II

Nous venons de décrire notre malade du point de vue physique. Nous allons maintenant vous le montrer en projection cinématographique. Un auteur, AL. de Castro, aurait eu recours déjà au cinéma pour des cas d'athétose si nous en croyons Babonneix; nous n'avons pu malheureusement nous reporter à son travail faute d'indication bibliographique précise.

Notre film comprend plusieurs parties :

1° Portez ici votre attention sur le *facies* et l'aspect du malade : l'aspect est d'un adulte, et le visage est sans intelligence ;

2° Remarquez ici la malformation du *crâne* et la morphologie de l'*oreille* ;

3° Cette partie du film est spécialement consacrée aux *mouvements athétosiques de la main*. Les attitudes contournées, forcées, spasmodiques, sont des plus pittoresques ;

4° Voici le *malade debout*. Notez les grimaces du visage, la position des bras, la raideur des jambes, l'équinisme des pieds.

5° Le malade *marche*, et, pour reprendre une expression de Charcot, « il se dandine comme un canard ».

6° Voici un spécimen de cette *marche avec une chaise* dont nous vous parlions tout à l'heure ;

7° Etude de détails : *mouvements athétosiques des extrémités*, doigts et orteils.

## III

Il nous reste à traiter une dernière partie. Un des éléments du trépied symptomatique de l'athétose double telle que le décrit Déjerine est la présence chez ces malades d'un certain *déficit intellectuel*, déficit moins prononcé toutefois que ne semblerait l'indiquer leur aspect. Déjerine signale que l'intelligence ne serait conservée que dans un quart pour cent des cas. Il aurait vu un cas dans lequel elle était absolument intacte... Brissaud, Souques et Crouzon apportent des statistiques semblables. MM. Babinsky et Jarkowsky ont présenté à la Société neurologique en juillet 1920 un athétosique de 13 ans, parlant trois langues, sachant lire, écrire et compter. Barbé écrit dans le traité de Sergent : « Les malades atteints d'athétose ne sont généralement pas des idiots complets, mais plutôt des idiots légers, des imbéciles ou des arriérés. » Citons enfin Babonneix qui range les troubles intellectuels dans les symptômes accessoires. Il distingue avec Audry deux catégories de cas : « Certains malades semblent idiots ou imbéciles parce qu'ils se livrent à des grimaces ou à des contorsions incessantes, parce qu'ils parlent mal, parce que souvent (Shaw) on ne s'est pas donné la peine de les instruire. Chez les autres existe nettement un déficit mental considérable et l'on peut retrouver la plupart des stigmates physiques de l'idiotie, modifications morphologiques du crâne, anomalie de la voûte palatine, etc... »

Quelle est donc au point de vue mental la situation de notre malade ? Vous avez vu son crâne et sa figure. Le premier aspect lui est peu favorable. Le certificat qui l'accompagnait à l'entrée portait le diagnostic d'« idiotie myopathique avec athétose ». Un examen superficiel avait fait écrire à l'un de nous le jour de son arrivée à la Colonie « Imbécillité ». En fait nous pouvions présumer ce garçon d'un degré mental plus élevé car très rapidement nous l'entendions louer le gouvernement d'avoir institué des maisons telles que la Colonie de Perray-Vaucluse ! Toutefois nous avons préféré faire un examen par les tests. Celui-ci n'est pas très

difficile à conduire bien qu'il y faille un peu de patience, l'enfant s'y prêtant bien mais étant assez lent. D'autre part certaines épreuves rencontrent chez lui des obstacles inhabituels. Ainsi l'exécution de dessins ou le soupesage de poids. Malgré cela, et bien qu'il soit également illettré complet, notre malade s'élève à *un niveau mental d'au moins 10 ans* ; c'est-à-dire qu'il possède un degré d'intelligence suffisant pour vivre au dehors s'il n'en était empêché par son infirmité physique. Chez ces sujets il convient donc de se méfier des apparences, et il serait prudent, avant de négliger leur instruction, de se livrer à un contrôle sérieux de leurs possibilités d'apprendre.

Il y aurait d'ailleurs à cela un autre intérêt encore. On peut en effet se demander si la conservation de l'intelligence de notre malade n'est pas à rapprocher du diagnostic d'athétose de Cécile Vogt que nous avons cru devoir porter. Il serait intéressant de savoir si dans les cas où existent des lésions pyramidales le déficit mental n'est pas plus habituel.

#### BIBLIOGRAPHIE

AL. DE CASTRO. — Cité par Babonneix In *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée*, fascicule XXV, Pédiatrie, Tome I, p. 580.

BABONNEIX. — *Ibidem*.

BABINSKI et JARKOWSKY. — *Revue Neurologique*, juillet 1920.

BARBÉ. — *Traité de Sergent*, fascicule VIII, p. 113.

BEISSAUO et SOUQUES. — Cité par Crouzon, in *Pratique Neurologique*, p. 873.

CLAUDE. — *Maladies du système nerveux*, Tome I, p. 163.

CLAUDE. — *Ibidem*, p. 323.

DÉJÉRINE. — *Séméiologie des affections du système nerveux*, p. 479.

KLIFFEL et L'HERMITTE. — *Nouveau Traité de Médecine*, fascicule XIX, p. 245 et suivantes.

PITRES et TESTUT. — *Les nerfs en schéma*, Anatomie et physiopathologie, p. 611 et suivantes.

VOGT Cécile. — *Syndrome des Corpus striatum*, *Neurolog. central.*, 1911, p. 397, citée par Klippel et L'Hermitte, in *N. T. de médecine*, p. 246.

## DISCUSSION

M. TRUELLE. — Comme les présentateurs j'ai observé des cas d'athétose double sans atteinte mentale accentuée. En particulier je me souviens d'une jeune fille qui avait pu apprendre à lire à l'Asile. Alors que par son aspect physique elle donnait l'impression d'une idiote, elle était à peine débile.

**De l'étiologie des psychoses en foyer.****Simultanéité des effets  
et diversité des causes en psychiatrie**

par M. Paul COURBON

Quand plusieurs individus habitant et vivant ensemble sont atteints simultanément de troubles mentaux, on pense aussitôt qu'il s'agit d'un phénomène de contamination mentale. Et l'on dit que la folie initiale de l'un a gagné les autres. Or ce n'est pas toujours vrai.

Cette erreur fut commise à propos d'une famille que j'ai observée et dont trois membres sur cinq durent être internés en l'espace de quelques mois dans le même asile. Chacun d'eux avait une psychose de forme et d'origine différente.

I. Faits. — Il s'agit d'une famille de vignerons aisés, jusque-là épargnée par la maladie et par le malheur.

Le père tomba le premier malade. Agé de 60 ans, c'était un buveur professionnel mais non un ivrogne. Il fut interné en janvier pour un accès de *delirium tremens* dont il mourut en quelques jours : agitation turbulente, désorientation, loquacité incohérente à base de jalousie et de persécution, zoopsies effrayantes, tremblement, hypersudation, facies vultueux, fièvre. A l'autopsie, on trouva une bronchopneumonie double. — La mère, âgée de 54 ans, était de conduite sobre, bien équilibrée, quoique d'une sensibilité maternelle un peu excessive. On dut l'interner en mars pour *mélancolie délirante* à la suite du chagrin causé par ce deuil :

délire de culpabilité et de damnation avec raptus anxieux déterminant des tentatives de suicide (elle se croyait perdue, parce que épouse et mère criminelle elle n'avait pas su empêcher son mari de boire, et avait infligé à ses enfants la tare d'avoir un père mort dans un asile d'aliénés). Au bout de 6 mois de traitement par l'isolement et le laudanum elle quitta l'asile améliorée et acheva lentement de se rétablir au dehors. — Le fils, âgé de 21 ans, quoique vigneron, n'avait qu'une imprégnation alcoolique de peu d'ancienneté. Il fallut l'interner en mars pour *bouffée délirante polymorphe déchaînée* tout d'un coup ; sous la sommation de ces émotions : Agitation catatonique, maniérisme, variations brusques de l'humeur, incohérence intellectuelle vaguement délirante, hallucinations multiples. En quelques semaines il était complètement guéri. — Les deux autres enfants : une fille mariée, beaucoup plus âgée que le malade précédent, sobre de par son sexe, un fils beaucoup plus jeune, au contraire, sobre de par son enfance, gardèrent leur équilibre.

II. Discussion. — Le rôle respectif du terrain et des causes extérieures est manifeste dans ce concert de troubles mentaux qui n'eurent ni unité étiologique ni unité clinique. Ce fut partout le terrain qui commanda à la fois l'emprise de certains agents pathogènes de par sa vulnérabilité spéciale, la forme de la réaction morbide de par sa constitution et la durée de cette réaction de par l'âge qu'il avait atteint.

Le psychisme assez bien équilibré du père qui avait jusqu'à 60 ans résisté à toute une vie d'alcoolisation céda tout à coup à l'accumulation du poison. Il réagit par un accès de *delirium tremens* qui traduisait la ruine des facultés intellectuelles, comme la fièvre, la sueur et la bronchopneumonie traduisaient celle des forces physiques. La mort survint tout naturellement par intolérance soudaine d'un toxique depuis longtemps accumulé. — Le psychisme fragile de la mère par hyperaffectivité mais sans déséquilibre proprement dit, céda à l'intensité de l'émotion. Il réagit d'une façon univoque par un accès de mélancolie du fait de la stabilité relative de l'équilibre mental constitutionnel. La

réaction dura longtemps, fut longue du fait du manque de souplesse d'un cerveau en voie d'involution physiologique. — Le psychisme du fils de 21 ans, dégénéré du fait de l'hérédité alcoolique, céda à la sommation des émotions. Il réagit d'une façon désordonnée ataxique par une bouffée délirante polymorphe à la façon des dégénérés de Magnan, du fait de l'instabilité de son équilibre mental constitutionnel. La réaction fut courte du fait de la souplesse d'un cerveau jeune. — Le psychisme de la sœur aînée résista, du fait que chez elle l'hérédité éthylique est moins intense, et que, étant sobre, mariée et heureuse en ménage, elle fut moins directement et moins profondément atteinte par les émotions. — Celui du petit frère résista également, quoique chez lui l'hérédité alcoolique fût plus grande, au contraire, du fait de l'inaccessibilité relative de l'enfance à l'action traumatisante de pareilles émotions.

Il n'y a donc entre ces trois psychoses apparues presque simultanément ni lien étiologique commun, puisque la psychose du père a une cause purement physique, ni rapport réciproque direct, puisque les thèmes délirants de l'une ne se rencontrent dans aucune des deux autres. Cette constatation permet les généralisations suivantes.

III. Conclusions. — Les psychoses simultanément écloses parmi des individus, vivant au même foyer, peuvent avoir entre elles quatre espèces de rapports étiologiques :

a) *Psychoses par induction* ou par contamination, lorsque la folie de l'un des sujets s'est réellement communiquée à l'autre par suite de la suggestibilité de celui-ci. Dans ce cas les thèmes délirants sont identiques. Le délire de l'un est actif ou inducteur, tandis que celui de l'autre est passif ou induit. C'est le cas de la folie communiquée des anciens auteurs : Baillarger, Lasègue, Falret, Legrand du Saulle, de la folie imposée de Marandon de Montyel. Un individu déjà délirant peut ajouter à son délire le système délirant complet ou incomplet d'un autre ;

b) *Psychoses par post-duction*, lorsque la folie de l'un des sujets a pour cause, non pas la propagation



des symptômes délirants d'un autre, mais le bouleversement causé indirectement par la folie du premier sur les conditions physiques ou morales d'existence du second. Il y a alors le plus souvent différence des syndromes. Il n'y a ni agent actif, ni agent passif. C'est le cas des psychoses de la mère et du fils dont nous résumons l'histoire par rapport à celle du père ;

c) *Psychoses par cumduction*, lorsque les folies ont pour condition l'identité de la vulnérabilité des deux sujets aux mêmes causes extérieures. Les deux sujets sont atteints en même temps, par les mêmes causes. Eloignés l'un de l'autre ils eussent été également frappés. Les syndromes peuvent être dissemblables, c'est le cas de la folie simultanée de Régis ; ou, au contraire, semblables, c'est le cas de la folie gémellaire de Ball ;

d) *Psychoses par coïncidence* enfin, lorsque c'est uniquement le hasard qui est la cause de la simultanéité d'apparition des psychoses, les syndromes sont le plus souvent dissemblables.

En d'autres termes, la simultanéité des psychoses écloses dans une collectivité peut tenir soit à une conséquence véritable des troubles mentaux du premier sujet atteint, sur la mentalité des autres ; soit à une simple concomitance, quand il n'y a aucun retentissement des troubles mentaux des uns sur la mentalité des autres.

1° « La simultanéité de conséquence est *directe* quand les troubles mentaux se sont propagés eux-mêmes d'un sujet à l'autre. Il y eut influence réelle de la folie de l'un sur le psychisme de l'autre auquel elle servit de maître ou de modèle suivant que la transmission se fit par le raisonnement ou par simple imitation (psychose d'induction). Elle est *indirecte* quand les troubles mentaux de l'un se sont bornés à déterminer dans les conditions d'existence de l'autre une perturbation qui a été elle-même génératrice de troubles mentaux. La folie de l'un n'eut pas d'influence par elle-même sur le psychisme de l'autre ; mais il y eut répercussion de ses effets sur lui, par l'occasion qu'elle donna à une ruée d'agents pathogènes — (psychose de post-duction).

2° « La simultanéité de concomitance » est *pré-déterminée* quand elle a pour condition la conformité de prédispositions constitutionnelles des deux sujets. Il n'y eut ni influence, ni répercussion de la folie de l'un sur le psychisme de l'autre, mais simple communauté de fragilité des deux psychismes (psychose de cumduction). Elle est *fortuite* quand elle n'a d'autres conditions que le hasard. Il n'y eut ni influence, ni répercussion de la folie de l'un, ni communauté de fragilité des deux psychismes, mais simple caprice du sort (psychose de coïncidence).

### Des effets aphrodisiaques de la peur.

#### Crise de masturbation frénétique déclanchée par la vue d'une opération chirurgicale

Par MM. Paul COURBON et Gabriel FAIL

Les rapports de la peur et de l'érotisme sur les gens normaux ont été signalés depuis longtemps par des observateurs de toutes sortes. A part la seule métaphore du langage grossier sur laquelle nous reviendrons, toutes ces observations s'accordent pour affirmer que la peur exalte l'érotisme.

C'est ce que disent les conteurs psychologues, depuis les plus graves comme Renan dans *l'Abbesse de Jouarre*, jusqu'aux plus badins comme La Fontaine dans sa fable : *le Mari, la Femme et le Voleur*. C'est ce qu'on lit dans l'histoire des scènes licencieuses entre prisonniers inculpés ou condamnés à mort, aux époques révolutionnaires. C'est enfin, ce que chacun de nous a pu constater pendant la guerre, sous les plus meurtriers bombardements. Chaque fois que l'être sent sa vie menacée, il est poussé à l'acte qui la propage.

Par ailleurs, on sait le rôle fatal pour la vertu des femmes que les romanciers font jouer avec raison aux orages, bien que le danger de mort y soit beaucoup moins évident.

Tous ces cas ont pour caractères communs de comporter un état de peur. Mais les circonstances physi-

ques ou psychiques qui l'accompagnent, masquent plus ou moins le rôle qui revient en propre à la peur dans le paroxysme érotique. On peut invoquer l'énervement des effluves électriques de l'atmosphère dans les orages, l'affolement spontané des condamnés ou, au contraire, leur volonté de s'étourdir. En outre, dans chacune de ces situations peut intervenir l'habileté d'un complice resté lucide qui sait exploiter l'occasion.

Ce qui fait l'intérêt de notre cas, c'est la simplicité avec laquelle le problème s'y pose et s'y résout. On y voit l'émotion peur dégagée de toute alliance avec toute autre cause d'excitation déterminer à elle seule les modifications organiques de l'état aphrodisiaque. Il s'agit, en effet, du déclenchement soudain d'une crise de masturbation frénétique, consécutivement à l'émotion déterminée par la vue d'une opération chirurgicale.

Le sujet est une femme de 38 ans, atteinte de psychose périodique. Internée depuis 1923 trois fois à Vaucluse pour des accès maniaques qui guérissent tous complètement en quelques semaines, elle fut réinternée le 25 mai dernier. Elle présentait alors un état de dépression idéo-motrice se traduisant par du mutisme et de l'inertie qui n'a pas varié. Elle restait depuis son arrivée alitée, oisive, silencieuse et tranquille, lorsque le 7 juillet à 10 heures du matin, l'incision d'un abcès de la cuisse fut pratiquée sur sa voisine. Elle suivait attentivement du regard les gestes de l'interne maniant le bistouri et la mimique douloureuse de l'opérée, lorsqu'elle se mit à pâlir avec intensité, à trembler, et à claquer des dents. Une infirmière frappée de cette transformation s'avança vers elle pour l'étendre et la flageller afin de conjurer un évanouissement imminent. Il n'eut pas lieu, mais la malade se mit à uriner dans son lit et dans le parcours jusqu'aux W.-C. où on la transporta. Après évacuation d'une selle, on la remit au lit où l'interné la trouva si défaillante qu'il lui marqua une potion de Todd, qui ne fut délivrée que le soir. Elle se mit à vomir. Puis soudain, environ un quart d'heure après le début de l'alerte, elle se livra à une masturbation forcée et silencieuse, avec bientôt rejet des couvertures et de la chemise, contorsions voluptueuses du corps, qui dura jusqu'à une heure de l'après-midi. Elle eut, peu après, la visite d'une amie qu'elle reçut dans une tenue décente, tout en continuant furtivement ses manœuvres onanistiques et avec laquelle elle

n'échangea que quelques paroles sans suite. Finalement, elle se calma après quatre heures d'agitation.

Interrogée le lendemain, elle répondit avec un laconisme où la pudeur avait moins de part que l'inhibition, qu'elle avait eu peur, terriblement peur en regardant l'opération ; qu'ensuite elle avait senti quelque chose se gonfler et essayer de sortir de sa vulve, qu'elle en avait vu couler des glaires ; qu'enfin elle avait eu comme une jouissance de femme et d'homme. Et ce disant, elle esquissait une mimique voluptueuse.

Depuis, son état de dépression idéomotrice n'a pas varié. D'autres scènes de masturbation n'ont pas eu lieu. Lors de ses précédents internements on n'avait rien constaté d'analogue.

Cette observation met en évidence, comme aucune expérience ne pourrait le faire aussi bien, le mécanisme des effets aphrodisiaques de la peur. Il convient d'étudier d'abord, l'émotion initiale, ensuite la masturbation qui en traduit les effets.

1° La vue de l'opération a provoqué cet état émotionnel qui frappe la plupart des étudiants en médecine lorsqu'ils assistent pour la première fois à un acte chirurgical, et que l'on appelle peur, bien que l'instinct de conservation du sujet ne soit en rien menacé.

Des phénomènes psychiques qui se produisirent alors, nous ne savons rien. La malade nous a dit n'avoir pensé à rien, n'avoir pas cru qu'on allait l'opérer après sa voisine, enfin n'avoir conservé de la seule opération subie jadis pour hémorroïdes et pratiquée sous rachi-anesthésie, aucun souvenir de douleur.

Nous avons, au contraire, enregistré toute une série de phénomènes physiques : d'abord vaso-constrictions intenses (pâleur de la face) et tremblements ; puis relâchement des sphincters (gâtisme urinaire), contractions du tube digestif (défécation et vomissements), hyper-sécrétion (suintement vaginal), vaso-dilatation (gonflement du clitoris), spasmes (contractions de la vulve).

En somme, nous avons constaté les signes de cette diffusion des excitations sur les divers centres encéphaliques ou bulbaires qui, comme l'a montré Sollier (1), conditionne l'état émotif.

---

(1) SOLLIER. — *Le mécanisme des émotions*. Paris, Alcan, 1905.

Bien que, comme l'ont montré MM. Georges Dumas et Tinel (1), se basant sur leurs propres expériences et sur celles de François Franck, phénomènes vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs apparaissent d'une façon désordonnée et simultanée pendant l'émotion, il semble qu'au cours de la phase initiale de peur de notre malade; ce soit la vaso-constriction qui prédomina, alors que ce fut au contraire la vaso-dilatation au cours de la phase terminale d'érotisme. La pâleur du visage était intense au début, peut-être fût-ce à la faveur de la dilatation des vaisseaux des organes génitaux, dilatation qui détermina leur érection.

2° La masturbation par son caractère furieux semble avoir été primitivement plutôt de nature antalgique que de nature hédonique. C'est pour se délivrer de la sensation cénesthésique pénible accompagnant l'émotion que cette femme commença à se masturber comme le font les anxieux dont l'un de nous (2) a fait le parallèle de l'onanisme avec celui des voluptueux. Ce n'est que tardivement que la recherche de la volupté entra en jeu lors de l'apparition des attitudes passionnelles.

L'influence aphrodisiaque de la peur, comme celle de l'anxiété, s'explique physiologiquement par la synergie du pneumo-gastrique et du nerf érecteur sacré dont M. Laignel-Lavastine a montré l'identité réactionnelle aux agents pharmaco-dynamiques (3).

Mais cette influence fait parfois place à une influence contraire, ainsi que le prouve le dicton qui, par une métaphore brutale, affirme que la flaccidité du membre viril est le meilleur signe de peur.

Ces effets contradictoires de la peur sont aussi conformes les uns que les autres aux lois de la physiologie, car l'émotion détermine à la fois de l'excitation et de l'inhibition.

---

(1) DUMAS et TINEL : *Soc. de Psychiatrie*, janvier 1927. — DUMAS : *Revue philosophique*.

(2) COURON : L'anxieux génital de la cathédrale de Strasbourg, in *Soc. d'Histoire de la Médecine*. Déc. 1925. — COURON : *Onanisme, Médecine*, Août 1926.

(3) LAIGNEL-LAVASTINE. — Discussion sur la communication de Perrons au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Bruxelles, 1924.

**Conclusions.** — Notre observation où l'on voit une crise de masturbation frénétique succéder à la défaillance avec pâleur, frissonnements, claquements des dents, relâchement sphinctérien, déterminée par la vue d'une opération chirurgicale, montre avec une évidence parfaite le mécanisme des effets aphrodisiaques des émotions et la condition matérielle des rapports plus ou moins compliqués entre la peur et la volupté. L'onanisme d'abord antalgique, puis hédonistique ne fut qu'une réaction contre la perturbation physique apportée par l'émotion dans la sphère génitale.

### DISCUSSION

**M. SIMON.** — Pour apprécier la valeur de l'influence de la peur sur l'accès de masturbation de cette malade, il faudrait savoir si ce n'est pas une onaniste habituelle.

Etant donné la disparition des phénomènes émotionnels quand les manœuvres de masturbation eurent lieu, c'est la cessation de la peur, plutôt que la peur elle-même, qui fut aphrodisiaque.

**M. COURBON.** — Non seulement cette malade n'avait jamais eu un seul geste équivoque, mais encore elle n'avait jamais tenu le moindre propos érotique, pendant ses trois précédents internements, ni jusqu'à ce jour. Aussi malades et infirmières qui la connaissaient bien, car à chaque séjour elle était l'organisatrice des fêtes, furent-elles stupéfaites de ce cynisme soudain. Et même si elle était une onaniste dissimulée, l'émotion n'en eût pas moins joué un rôle étiologique énorme dans l'intensité formidable atteinte par cet acte.

Il est certain que ce n'est qu'après la disparition des phénomènes physiques, donnés comme caractéristiques de la peur (pâleur, frissons, claquement des dents, relâchement des sphincters, diarrhée, vomissements), qu'apparut la masturbation avec le cortège des sensations génitales qui lui donnèrent naissance.

Autre exemple des effets aphrodisiaques de la peur. Je l'ai recueilli, par hasard, dans un wagon de chemin de fer, en entendant causer deux voyageurs d'une cin-

quantaine d'années. C'étaient de paisibles bourgeois de province revenant du salon de l'automobile. Ils parlaient de ce qu'ils avaient vu, des perfectionnements de cette industrie, de l'accroissement des vitesses et des accidents. L'un d'eux en vint à raconter comment il avait failli être tué quelques années plus tôt. Il se trouvait comme seul invité dans une auto que conduisait le mari d'une jeune femme qui tenait son bébé sur les genoux, lorsque la voiture lancée à toute allure dérapa et se brisa contre un arbre. Personne ne fut blessé, mais tout le monde eut terriblement peur. A ce moment du récit, le causeur parut hésiter, puis, baissant le ton, ajouta : Alors, comme on était en rase campagne, le mari alla chercher des chevaux et je restai avec l'enfant endormi dans la capote et la femme tremblante à mes côtés. Je ne peux pas m'expliquer comment put arriver ce qui arriva, mais je devins l'amant de cette gamine que je considérais presque comme ma fille, car son père avait été un vieil ami. Je la faisais danser sur mes genoux quand elle était petite. Jamais je n'avais eu envie d'elle, ni sûrement elle de moi. Il faut croire que le vin du déjeuner était plus capiteux qu'on le croyait et qu'il produisit aussi la maladresse du chauffeur. Pourtant, on n'avait pas bu avec excès. En tous cas, rien de semblable ne s'est plus renouvelé entre cette pauvre femme et moi.

## Etat schizophrénique et tendances homosexuelles

par Paul ABÉLY (*asile de Prémontré*)

Il nous a paru intéressant de vous présenter un état schizophrénique léger, évoluant depuis deux ans et dont l'éclosion semble liée à des tendances homosexuelles. Il s'accompagne d'une conscience assez nette de l'état morbide.

X. est âgé de 22 ans. Il est étudiant en droit. Issu d'une famille aisée, il mène dans la ville de province qu'il habite une existence mondaine et élégante. Son enfance fut normale et ne fut entachée d'aucune mala-

die grave. Il fut, de très bonne heure, privé de son père, mort, encore jeune, d'une tumeur tuberculeuse. Il fut en grande partie élevé par sa mère, personne énergique qui continua, malgré son veuvage, à diriger une importante maison de commerce. X. subit avec beaucoup de joie et de docilité cette autorité maternelle et à son âge, il est encore, peut-on dire, attaché aux jupes de sa mère.

Pendant toute sa jeunesse, on ne trouve aucun trouble particulier du caractère. Pas de tendance à la rêverie, à peine quelques impulsions coléreuses. Il possède un caractère joyeux et aimable, mais, dès cette époque, il se trouve dans un état particulier d'indécision, de manque d'initiative personnelle, de nonchalance. Il montra, dès le début de l'adolescence, un penchant très marqué pour la musique et devint un excellent pianiste. Ce fut au lycée un très bon élève, tenant toujours la tête de sa classe, réussissant à son baccalauréat avec facilité.

A sa sortie du lycée, il dut choisir une carrière, ce fut pour lui, nous dit-il, un pénible moment. Sa famille lui imposa la préparation du notariat, et il commença alors, en octobre 1924, ses études de droit. Il vint à Paris mais n'y habita pas, rentrant tous les soirs chez sa mère. Néanmoins, ce changement d'existence et de milieu le troubla profondément : « A cette époque, dit-il, je me sentais fatigué, neurasthénique, je dormais mal, je travaillais mais avec beaucoup de difficulté, je me sentais perpétuellement fatigué. » Cet état d'asthénie s'accrut pendant toute l'année 25. Il éprouve, perpétuellement, nous dit-il, un sentiment indéfinissable fait surtout d'inquiétude et de lassitude. Il pleure pendant la nuit et cela sans raison. Il échoue à ses examens. Il évite toute aventure amoureuse et fuit la fréquentation des étudiants exubérants et joyeux.

En janvier 26, une altercation avec un jeune avocat de Z. accentue sa prostration et son inquiétude. Les motifs de cette querelle sont les suivants : X., depuis son enfance, affectionne un camarade de lycée ; il lui témoigne une amitié exclusive, jalouse, intense et dont il ne s'est jamais départi. Ce dit camarade est exclu,



pour des motifs inconnus, des réunions et sauteries intimes qui ont lieu le soir dans les maisons de la ville. Le principal auteur de cette sanction est le jeune avocat. X., séparé ainsi de son ami, souffrant pour lui de cette mise à l'index, prend violemment sa défense et va faire de vifs reproches au jeune avocat ; ce dernier le prend de haut et le menace.

L'état morbide de notre malade s'accroît très nettement à partir de ce moment. L'inquiétude devient continue, il se sent de plus en plus incapable de penser, il est obsédé par un sentiment d'étrangeté, de transformation. Alors, pour essayer de secouer ce malaise, il entreprend, à pied, des randonnées formidables, il éprouve un besoin permanent de remuer, de marcher, pour essayer de se calmer par la fatigue. Au milieu de son travail, il s'interrompt et tourne autour de la pièce. Il quitte brusquement son domicile et va s'isoler pendant plusieurs heures dans les bois environnants. Il dissimule tant qu'il peut cet état à son entourage et continue à fréquenter les salons et à danser. « Mais, dit-il, je dansais par automatisme, sans savoir exactement ce que je faisais. » C'est au cours d'une de ces soirées qu'il fit la connaissance d'un monsieur, nouvellement arrivé dans la ville. Il alla le voir chez lui et un certain jour, ce dernier lui fit des propositions non déguisées. X. refuse et cesse toute relation. Mais cette scène l'a profondément troublé. Il se demande pourquoi lui plutôt qu'un autre a subi et provoqué ces propositions. Il interroge son entourage à ce sujet. On s'étonne de ces questions et on finit par le suspecter. Dans une soirée, alors qu'il refuse de danser avec justement une de ces interlocutrices à qui il demandait, quelques jours auparavant, des éclaircissements, celle-ci lui dit en le taquinant : « Ah ! oui, je sais, ces messieurs de la famille ne dansent pas. » Cette insinuation achève de le bouleverser et c'est rapidement que s'installe l'état actuel. Les marches forcées deviennent de véritables fugues, il accomplit des randonnées de 40 kilomètres ; il part sans un sou dans ses poches et dans l'impossibilité de revenir, on le trouve errant sur les routes et on le ramène chez lui. Il éclate

de rire sans motif, à table, chez des amis de sa mère. En même temps apparaît une stéréotypie particulière, qu'il appelle « celle de se mirer ». Cette stéréotypie est ici particulièrement remarquable, mais nous avons constaté qu'elle se rencontre avec une très grande fréquence à la période prémonitoire de la démence précoce et constitue un véritable signal d'alarme. Nous nous proposons de décrire longuement dans un prochain article ce « signe du miroir » et d'essayer d'en expliquer les différents modes de mécanisme psychologique.

X. s'arrête devant toutes les glaces qu'il rencontre sur sa route et y contemple son visage. Il ne peut travailler et ne prépare ses examens de droit qu'avec un miroir à côté de lui. Pendant ses voyages de Paris à Z., il s'enferme dans la toilette pour se regarder dans la glace. Dès qu'il entre dans un salon, il se précipite devant les glaces, au grand ébahissement de l'assistance. Trouve-t-il une glace qui n'est pas à sa hauteur, il se met à genoux dans la poussière ou dans la boue pour se contempler plus commodément.

En même temps, il se frotte perpétuellement les joues pour se donner des couleurs, « comme les femmes, dit-il ».

A côté de ce narcissisme particulier, de cette coquetterie du visage, on trouve une discordance frappante en ce sens qu'il abandonne complètement tout soin de toilette, qu'il néglige sa tenue vestimentaire, qu'il reste plusieurs jours sans se raser. En même temps s'est installé un maniérisme assez particulier, maniérisme à type féminin avec minauderie, recherche des attitudes gracieuses et parole précieuse.

Son attention est profondément touchée : s'il rentre dans un café, il oublie son chapeau et néglige de payer. Il accumule ainsi les dettes dans les magasins, mais paye avec empressement dès qu'on le lui demande. Nous lui avons fait faire l'épreuve des  $\alpha$  barrées, les fautes étaient innombrables et grossières.

Voici quelques-unes des explications qu'il nous fournit : D. : « Pourquoi vous frottez-vous les joues et vous regardez-vous dans les miroirs ? » R. : « Peut-être,

souci d'esthétique. » D. : « Oui, mais vous négligez votre toilette. » R. : « Il faut faire un effort. »

D. : « Pourquoi éclatez-vous de rire en public et au cours des conversations ? » R. : « Ne m'en parlez pas, j'en suis très gêné, au cours d'une visite j'ai poussé un formidable éclat de rire, tout le monde était étonné ; c'est qu'il me vient à la pensée, sans que je puisse l'empêcher, le souvenir de scènes antérieures amusantes. »

D. : « Pourquoi faites-vous à pied des randonnées formidables ? » R. : « Je suis impatient et inquiet, je cherche le calme dans la fatigue. »

D. : « Quels sont vos projets d'avenir ? » R. : « Mon idéal est de ne rien faire ou simplement de la musique. J'ai essayé la peinture, mais je n'ai aucun goût et je ne la comprends pas. J'aime vivre dans le rêve. La réalité ne me déplaît pas, mais je ne peux pas y accéder. Je suis incapable de m'adapter au présent. Je ne peux pas fixer mon attention, tout travail me déplaît. Je me sens maladroit même dans mes gestes. »

D. : « Avez-vous des préoccupations ? » R. : « Une seule ; celle de passer dans Z. pour un inverti. Je voudrais aller dans la campagne, où l'œil perspicace des femmes ne devine pas ce que je suis. »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

D. : « Ne craignez-vous pas de succomber un jour à cette tentation ? » R. : « Oh ! non, ça jamais, vous n'y pensez pas ! »

D. : « Mais vous n'avez eu aucune relation masculine de ce genre ? » R. : « Non, jamais ; mais je sens bien que j'ai des tendances ; d'ailleurs on doit le voir à mon physique, je me sens efféminé. De 14 à 18 ans, je me suis livré à une masturbation quotidienne et intense et à ces moments-là, seules des images d'hommes défilaient devant mes yeux. Je n'ai jamais eu de relation sexuelle quelconque avec une femme, ça ne me dit absolument rien et je ne veux pas me marier. Je me sens physiquement attiré par les hommes. »

diagnostic d'état schizophrénique (type Bleuler). Nous n'avons trouvé la présence d'aucun thème délirant particulier, d'aucun trouble sensoriel ; mais néanmoins cet état semble suivre une marche progressive d'aggravation. Il paraît, en particulier, que les réactions affectives s'estompent de plus en plus pour faire place à l'indifférence. Seul existe encore ce souci permanent de passer pour un anormal sexuel, ce souci n'est d'ailleurs qu'intermittent et semble lui-même perdre de son intensité objective depuis que X. a quitté la ville de Z.

L'examen physique est, en grande partie, négatif : légère hyperréflexivité tendineuse, réflexes solaire et oculo-cardiaque normaux, pas de troubles pupillaires, pas d'épilepsie, métabolisme basal satisfaisant, tension artérielle 8-14.

Il nous a paru intéressant de rechercher quelle pouvait être la part des tendances homosexuelles dans l'éclosion de cet état schizophrénique.

Ces tendances existent-elles tout d'abord ? et ne sont-elles pas simplement le produit d'un concept délirant apparu au cours de la maladie ? Il semble bien que la vie même de X., son comportement sexuel, la particularité de ses stéréotypies permettent de croire à la véracité de ces tendances homosexuelles. Dans ce cas, pourrait-on, peut-être, essayer d'établir une chronologie dans la marche des symptômes morbides que notre malade a présentés : Tout d'abord, un sentiment vague de son anormalité, sentiment qui a dû s'accroître au début de la vie d'étudiant de X., alors que, libéré de la tutelle maternelle, plus au contact de la vie libre des jeunes gens de son âge, il s'est aperçu qu'il différait d'eux dans ses instincts et dans ses goûts. C'est à ce moment qu'ont commencé à apparaître ces sentiments de malaise, d'inquiétude, d'étrangeté, cette tendance à la rêverie, ces randonnées à pied. Puis vint l'émotion provoquée par les propositions non équivoques qu'il subit. Ce fut alors la période d'interrogation, le redoublement de l'inquiétude, le repliement sur lui-même, jusqu'au jour où la réflexion malencontreuse qui lui fut faite vint lui prouver la certitude qu'il pressentait,

à savoir : non seulement c'est un inverti mais c'est là une infirmité qui saute aux yeux et qui n'échappe à personne. Alors, conscient de son état, mais décidé à ne pas suivre ces tendances, le repliement s'est accentué au point d'aboutir à l'état schizoïde actuel.

Nous avons l'intention de ne vous proposer évidemment qu'une hypothèse quant à l'étiologie et à l'évolution de cette psychose en nous rappelant combien il faut surveiller la portée de son interprétation personnelle lorsqu'on veut pénétrer la psychogenèse de ces états mentaux particuliers.

#### DISCUSSION

M. MARCHAND. — C'est un fait fréquent que les sujets au début de la démence précoce se regardent dans les glaces. J'ai observé, avec M. Delmas, une jeune fille de 18 ans qui bien avant de présenter des symptômes nets de démence précoce avait cette manie. Elle se regardait pendant des heures dans les glaces de sa chambre ; elle faisait des grimaces, des clignements d'yeux ; parfois elle marmottait des paroles comme si elle parlait à son image ; elle s'avançait, se reculait toujours en se regardant. Comme nous notions la fréquence de ce geste au début et au cours de la démence précoce, nous nous sommes demandé si on n'avait pas encore décrit ce symptôme sous le nom de « signe du miroir ».

M. GUIRAUD. — Comme MM. Marchand et Delmas, j'ai constaté que beaucoup de déments précoces et quelques psychasthéniques graves ont l'habitude de se regarder longuement dans les glaces. D'après leurs réponses, je crois que dans beaucoup de cas ce symptôme correspond à un déficit de la synthèse de la notion du moi. Certains malades ne peuvent arriver à identifier leur corps et leur pensée et ont besoin de la preuve du miroir pour y arriver ; d'autres se contemplent longuement et *jouent* à faire passer la conscience de leur moi alternativement dans leur corps et dans son image reflétée.

La séance est levée à 18 heures 30.

*Un secrétaire des séances,*  
P. GUIRAUD.

# RÉUNIONS ET CONGRÈS

---

## COMPTE-RENDU DU XXXI<sup>e</sup> CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Blois (25 juillet au 31 juillet 1927)*

---

### I. RAPPORTS

#### 1<sup>er</sup> RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**L'AUTOMATISME MENTAL DANS LES DELIRES SYSTEMATISES CHRONIQUES D'INFLUENCE ET HALLUCinatoires. LE SYNDROME DE DEPOSSESSION**, par le Docteur LÉVY-VALENSI (de Paris). — 1° L'automatisme mental occupe une place considérable en pathologie mentale, que l'on considère l'automatisme mental inconscient, subconscient ou conscient.

2° L'automatisme mental conscient comprend deux catégories de faits assez voisins :

- a) les uns avec conscience de l'état morbide : obsessions ;
- b) les autres sans conscience de l'état morbide : syndrome de dépossession.

3° Le syndrome de dépossession est essentiellement caractérisé par le sentiment de la dépossession (sentiment de l'automatisme de Séglas) sur lequel se greffent des symptômes directs et indirects.

4° Le syndrome de dépossession est la base sur laquelle s'édifieront les délires, en particulier les délires d'influence.

5° La psychose hallucinatoire n'est pas la conséquence d'interprétations délirantes (période de malaise de Magnan), les phénomènes hallucinatoires sont primitifs, le délire est

explicatif. La première période de Magnan est une période de désagrégation chez un paranoïaque.

6° Les théories psychologiques de l'automatisme mental ne sont pas contrôlables, elles ne donnent pas à l'esprit une entière satisfaction.

7° Les théories organicistes n'ont pas fait leurs preuves. Elles sont en opposition avec l'identité des phénomènes d'automatisme à l'état normal et à l'état pathologique, le passage des troubles dits subnormaux aux troubles nettement pathologiques, la transformation de l'obsession en idée d'influence.

8° Il y a lieu de considérer pour toutes les manifestations de l'automatisme mental des prédispositions, peut-être une constitution mentale particulière.

9° Cette constitution peut voir ses manifestations facilitées, révélées par certaines habitudes mentales, par l'émotion, par quelques toxi-infections.

10° Il n'est pas impossible d'accepter qu'une constitution acquise analogue résulte de processus organiques, de lésions infectieuses en particulier.

## 2° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

**L'AUTOMATISME MENTAL**, par le Docteur NAYRAC (de Lille). — L'auteur scinde immédiatement la définition de l'automatisme mental en deux autres : celle de l'automatisme physiologique et celle de l'automatisme pathologique. Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de mesurer la distance qui sépare ces deux automatismes.

A. L'automatisme physiologique : L'esprit humain possède un réglage, qui lui permet, normalement, d'accomplir automatiquement certains actes. L'importance de cet automatisme normal dans la psychologie courante est capitale et d'ailleurs bien connue depuis longtemps. Cet automatisme physiologique peut être exagéré ou perturbé de façon variable chez les psychopathes. Il est modifié dans la psychasthénie, la manie, la mélancolie, les délires d'interprétation et d'imagination. Il est libéré dans la confusion mentale, l'épilepsie et chez quelques déments.

B. L'automatisme pathologique : 1° Dans les psychoses hallucinatoires chroniques dont il constitue le noyau et où il domine toute la maladie. Il peut être sensitivo-moteur, moteur ou psychique. Parfois il survient primitivement, surprenant le malade, pouvant se manifester sous la forme

d'hallucinoses ou d'hallucinations conscientes. Le délire, lorsqu'il survient, se produit ultérieurement et ne constitue qu'une réaction secondaire. Néanmoins, dans certains cas, les hallucinations apparaissent après le délire.

2° Dans d'autres états morbides, il ne s'observe alors que comme automatisme pathologique symptomatique. On le rencontre sous cette forme au cours d'affections variées : manie, confusion mentale, épilepsie, paralysie générale, syphilis cérébrale, tumeurs cérébrales, etc...

La pathogénie de l'automatisme pathologique reste obscure. Les conceptions purement psychologiques ne suffisent pas à en découvrir les causes. Les théories organiques encore imprécises demandent à être étayées par les méthodes biologiques et en particulier par la méthode anatomo-clinique.

#### DISCUSSION

M. COURBON (*Paris*). — L'automatisme mental est un mode d'activité qui s'exerce sur tous psychismes, sain ou malade. Il fait apparaître sur le psychisme sain les phénomènes d'habitude et de distraction dont la constatation par le sujet n'amène chez lui aucune inquiétude, car ils ne lui paraissent pas se passer en dehors de sa personnalité. — Il fait apparaître sur le psychisme malade des phénomènes imprégnés d'éléments psychiques nouveaux, éléments dont la nouveauté tient précisément à ce que l'automatisme opère sur un terrain malade. Cette nouveauté inquiète le sujet parce qu'il a par elle le sentiment que les phénomènes se passent en dehors de sa personnalité, sans le consentement de sa volonté. L'automatisme est révélateur, non créateur de maladie.

A l'heure actuelle, les théories concernant les conditions physiques du syndrome de début des délires hallucinatoires si bien décrit par de Clérambault, sous le nom d'« automatisme mental pathologique » sont encore cryptogéniques. L'application du cinématographe et du phonographe à l'examen des aliénés, en complétant considérablement nos informations sur eux, amènera de nouvelles clartés. Mais, comme l'a dit Blondel, la conscience morbide est irréductible à la conscience saine.

M. Pierre JANET (*Paris*). — Constate avec un étonnement ironique que le choix d'un tel sujet et l'évolution actuelle des idées en psychiatrie amène un retour à la vieille question de l'hystérie. Il met en garde les chercheurs contre les



écueils qui ont compromis les travaux antérieurs de leurs aînés et en particulier contre la confusion entre la notion objective d'automatisme avec celle subjective de « sentiment » d'automatisme. Il résume sa conception des sentiments d'incomplétude et note leur parenté psychologique avec les sentiments d'influence, de dépersonnalisation et de dépossession. Il illustre son exposé de plusieurs observations.

M. QUERCY (*de Rennes*). — Il est vain de réunir sous le même mot des choses qui vont du « mentisme » au délire le mieux systématisé (se rappeler « la Dégénérescence Mentale »). Il est par contre excellent de souligner le parasitisme des faits d'A. M., d'y voir d'abord des *sensations* avant de noter leur valeur affective et intellectuelle et d'enchaîner phase neurologique, phase de sensations et d'idées, phase affective, phase délirante enfin. — Par delà Baillarger, à l'œuvre de qui la discussion actuelle ajoute des faits intéressants mais aucune idée essentielle, le père de tout cela est le métaphysicien Spinoza. Dans sa lettre sur les hallucinations, son travail sur les prophètes et l'*Ethique*, il décrit un automatisme mental universel (avant l'A. M. restreint de de Clérambault et l'A. M. généralisé des rapporteurs) et surtout, il précise une théorie dont il y a intérêt à relever ici les points suivants :

I. L'âme est un automate spirituel : 1° indépendante de toute action cérébrale ; 2° soumise à une causalité rigoureuse, identique à celle de la matière.

II. Il y a deux automatismes : l'un enchaîne les faits psychiques comme au hasard, l'autre dans un ordre qui satisfait notre raison.

III. Les hallucinations ont deux sources : 1° des préoccupations, qui n'aboutissent qu'après *détente*, au début du sommeil par exemple ; 2° un état psychique inconnu et, en attendant qu'on le scrute, des mécanismes cérébraux indépendants de la conscience.

Professeur OBREGGIA (*de Bucarest*). — L'auteur apporte une intéressante contribution à la question de l'automatisme moteur. Cet automatisme est spécialement remarquable dans les observations présentées par l'auteur d'alcooliques avérés dont les antécédents étaient bien établis. Ces malades présentèrent des réactions motrices de la tête et du visage (mimiques et grimaces bizarres simulant la schizophrénie). Ces symptômes disparurent dans tous les cas.

Les sujets ne se rendaient pas compte de ces réactions bizarres ou les attribuaient à quelque chose d'étranger. Chez certains de ces malades morts de maladies intercurrentes, on trouvait des petits foyers périvasculaires dans les noyaux striés avec prédominance dans les zones pallidales.

M. LAIGNEL-LAVASTINE (*Paris*). — Pour l'auteur, l'automatisme mental constitue un syndrome physiogénétique dans son noyau essentiel. L'évasion des automatismes verbaux et praxiques, avec appropriation à autrui, se complique souvent d'apports explicatifs psychogénétiques. D'autre part, l'automatisme pathologique, dans ses formes chroniques, est l'expression d'une atteinte non plus dynamique, mais lésionnelle de l'encéphale.

C'est un syndrome non psychogénétique, pas toujours histogénétique, mais toujours physiogénétique.

M. DE CLÉRAMBAULT (*Paris*). — Dans un long et minutieux exposé, l'auteur expose sa conception de l'automatisme mental et rappelle les conclusions de ses travaux antérieurs, remarquables par leurs précisions encore inédites sur cette question.

A. *Doctrine*. — Un certain syndrome mécanique que nous appelons provisoirement Syndrome S (et qui pourrait s'appeler peut-être Syndrome d'Echo) figure à titre soit basal, soit adventice dans un grand nombre de psychoses soit temporaires, soit chroniques : les unes semi-physiologiques comme la manie, les autres toxiques, d'autres grossièrement organiques (P. G., S. cérébrale, suites d'Ictus, Tumeurs cérébrales). Il est exclusif de Confusion et de Démence, du moins avancée. Il est constitué de phénomènes positifs et négatifs, mais les négatifs n'y peuvent figurer qu'à dose diluée.

Dans les psychoses hallucinatoires chroniques, ce Syndrome est la base du délire explicatif. Il devient le noyau d'un deuxième délire, celui-là auto-constructif. La dérivation semble à l'origine du Syndrome et de la Pensée Seconde.

B. *Méthode d'étude*. — 1° Ne jamais étudier un phénomène vésanique, simple ou complexe, sans lui chercher un homologue dans la série organique (tumeurs, ictus, intoxications, etc.). 2° Ne jamais étudier les données complexes (telles que le délire) sans rechercher les éléments simples, connexes à eux ; mettre les faits idéiques pour les expliquer

les premiers et voir si leur explication convient aux seconds. 3° Ne pas séparer les faits positifs des faits négatifs, soit connexes, soit analogues ; rapprocher des évocations et constructions les *ecmnésies* et *amnésies*.

*C. Cadres logiques.* — En biologie, le rapport de séquence, très fréquemment, n'est qu'apparent et il convient de lui substituer le rapport beaucoup moins étroit de cause commune (exemple, *paranoïa* et hallucinations).

Communauté idéique entre le sujet et sa psychose ne veut pas dire identité, et encore moins origine idéique de la psychose.

Continuité idéique ne veut pas dire continuité causale. L'affectivité est passive par rapport aux causes organiques.

Dans les Ps. h. chr., elle n'est pas le *primum movens*, elle n'est même pas toujours le *primum patiens*.

*D. Objets d'étude.* — L'auteur propose comme objets prochains d'observation et d'analyse :

1° La constructivité automatique.

2° La dérivation en temps que processus générateur des phénomènes parasitaires et de l'idéation autonome.

3° Les attractions entre influx morbides et agrégats préexistants.

4° La tendance descendante générale des phénomènes parasitaires.

5° Le rattachement de ces faits aux lois de la chronaxie.

M. HESNARD (*de Toulon*). — On peut concevoir ainsi en raccourci la psychogénèse de l'automatisme mental, considéré comme une néoformation affective :

*L'Etiologie* indique l'importance des causes morales (souvent dissimulées) au premier plan de l'analyse affective ; mais plus intéressants encore sont : les *déséquilibres endocriniens*, témoins des variations de l'évolution sexuelle, *l'alcool* qui agit en annulant les perfectionnements biologiques (sublimation de l'instinct, etc.) et en déterminant une régression de l'être affectif aux stades infantiles, digestif et narcissique, caractérisés par la possessivité affective, les *infections* qui équivalent à des poussées de narcissisme. — L'enfance des automatisés a toujours été marquée de conflits par influences interparentales d'auto-érotismes variés, de fixation énergique aux parents, surtout à la mère. — L'analyse affective indique que la formule psychogénétique du syndrome est : Refus par l'individu de certains éléments affectifs de son être inconscient avec altruisation

de ces éléments aboutissant à un Parasitisme affectif. Chaque pensée automatisée est une allusion au Refoulement des impulsions profondes émanées du tréfonds impersonnel et animal de l'être ou des tentations que le sujet considère comme contraires à son Idéal. C'est pourquoi le fond de la pensée morbide, personnification de tout ce qu'il y a de décevant, d'humiliant, de réprouvé en lui-même, est fait de majoration péjorative (de Clérambault) et manifeste une sous-personnalité hostile, lubrique, subversive.

Le Mécanisme de cette Personnification affective ne doit pas être recherché dans une variation apparente de la personnalité consciente antérieure, mais dans l'explosion d'une affectivité profondément inconsciente et refoulée, le processus grave de Néoformation affective (déclanché peut-être par des influences organiques) se développant sur les directives psychogénétiques décelables par la psychanalyse.

Aux applaudissements unanimes de l'assistance, M. Hesnard émet le vœu qu'il soit donné au syndrome d'automatisme mental ou de dépossession le nom de « syndrome de de Clérambault ».

M. P. GUIRAUD (*de Paris*). — On doit étudier le syndrome appelé à tort *automatisme mental* par des méthodes médicales et le considérer comme le résultat de l'action d'un excitant pathologique sur diverses zones encéphaliques. Une place importante doit être réservée à la néoformation pathologique d'*affectivité*. Les travaux de Head et de nombreux auteurs montrent le rôle capital du thalamus dans l'*activation* affective de nos pensées et de nos perceptions. Les études expérimentales sur l'intoxication par la mescaline reproduisent les symptômes d'hyper ou d'hypo-fonctionnement thalamique (Mayer, Gross et autres).

Dans les délires chroniques des états affectifs analogues (inquiétude inintégrée, perplexité, étrangeté cénesthésique), véritables hallucinations cénesthéso-affectives résultant d'une atteinte des voies cénesthésiques terminales, sont l'essentiel de la maladie. Les hallucinations idéo-verbales ne sont que l'*expression* de l'atteinte affective. A cause de leur complexité et de leur finalité affective, elles ne peuvent résulter de l'excitation directe des régions temporales ou de Wernicke. L'écho de la pensée résulte du défaut d'intégration de pensées normales banales à la cénesthésie, source de la personnalité physique et mentale. Les hallucinations auditives, visuelles ou psychiques neutres et anidéiques si bien étudiées par G. de Clérambault existent incontestable-

ment, mais sont rares dans les vrais délires chroniques. Elles ressortissent plutôt à la démence précoce, à l'alcoolisme ou à la sénilité. L'auteur a exposé ailleurs sa théorie sur les délires chroniques considérés comme des *cénesthopathies dystoniques* et ses hypothèses sur le mécanisme de la non-intégration à la personnalité.

M. SOLLIER (*de Paris*). — Dans l'automatisme pathologique, il y a un trouble de la personnalité et un trouble du jugement. Les caractères dominants de cet automatisme sont d'être involontaire, inconscient et extrapersonnel. Le caractère primordial qui rend l'automatisme normal ou pathologique est le fait d'être ou non rattaché à la personnalité. Le caractère secondaire sera le développement que prendra l'interprétation et qui créera la forme délirante. L'auteur ne croit pas qu'on ait actuellement des données quelconques permettant de prendre partie entre les diverses thèses en présence et qu'il serait indispensable au préalable de s'entendre sur la signification des termes employés et de définir plus exactement le problème tant au point de vue psychologique que clinique.

M. LOGRE (*de Paris*). — « Je viens, dit-il, me ranger résolument aux côtés de mes collègues de Clérambault et Heuyer, proclamant ainsi la parfaite unité de doctrine de l'Ecole de l'Infirmierie spéciale. »

L'automatisme mental est un syndrome qu'on peut retrouver dans un grand nombre d'espèces cliniques. Il explique à la fois des psychoses hallucinatoires et la psychose d'influence par le développement de troubles essentiels, issus d'un noyau basal d'automatisme, tendant à la scission du moi et à l'écho de la pensée. En résumé : attribution des manifestations de l'automatisme psychologique à l'influence d'autrui, dépersonnalisation et aliénation des éléments de psychisme individuel, aboutissant à l'hallucination, aux pseudo-hallucinations et aux impulsions d'origine exogène. Tel est le processus des psychoses hallucinatoires chroniques.

Il appuie la proposition d'Hesnard relative à la dénomination du syndrome A. M., « syndrome de de Clérambault ».

M. G. VERMEYLEN (*de Bruxelles*). — Le problème de l'A. M., notamment dans la psychose hallucinatoire chronique, semble avoir été envisagé d'un point de vue trop statique. En fait, si on étudie cette psychose dans son éclosion et son

évolution, on constate qu'il existe chez la plupart des sujets qui en sont atteints une prédisposition évidente, sorte de constitution mixte comprenant à la fois des éléments imaginatifs et affectifs. D'autre part, la libération pathologique d'automatisme ne se fait pas spontanément, mais n'est que la transcription sensorio-motrice et mentale d'un trouble affectif ancien et qui s'est lentement développé. Avant que n'apparaissent les signes nettement pathologiques, le sujet passe une période au cours de laquelle sa mentalité se transforme et se rapproche de cette mentalité prélogique ou catathymique qui a été décrite chez les primitifs et les enfants. C'est dans cette mentalité spéciale, éclosse pour des causes encore mal déterminées, sur un terrain constitutionnel particulier, qu'il faut voir la cause des manifestations automatiques pathologiques. L'automatisme à l'état pathologique comme à l'état normal n'est pas un phénomène extra-psychique, mais s'élabore au sein même du psychisme, l'affectivité étant comme toujours l'intermédiaire obligatoire entre l'état organique, dont on soupçonne le trouble initial et les processus mentaux supérieurs dont l'A. M. est une des formes.

M. E. MINKOWSKI (*de Paris*). — Les travaux de de Clérambault ont mis en relief l'existence de troubles générateurs particuliers. Sous son influence, nous aurons à étudier en psychopathologie à côté des grands processus psychopathologiques comme l'affaiblissement intellectuel et le processus schizophrénique des troubles générateurs que nous pouvons désigner, en nous servant d'une expression proposée par Mignard, du nom de subduction mentale. Il y a lieu de distinguer la subduction mentale dans le temps et la subduction mentale dans l'espace ; le délire mélancolique peut être considéré comme exemple de la première forme de subduction, tandis que l'automatisme mental de de Clérambault est le type le plus pur de la seconde. Du point de vue clinique, nous serons probablement amenés à séparer des psychoses à base de processus schizophréniques les psychoses à base d'automatisme mental.

M. MARCHAND (*de Paris*) critique le terme « syndrome d'automatisme mental » employé pour désigner les phénomènes psychiques qui paraissent étrangers à la personnalité du sujet quoique prenant naissance dans son cerveau. Cette appellation est d'autant plus fâcheuse qu'elle prête à confusion avec d'autres troubles mentaux pathologiques qui eux sont bien l'expression de l'automatisme cérébral, en

particulier avec les phénomènes d'automatisme psychique dans l'épilepsie.

M. Marchand montre qu'à côté des réactions désordonnées, mal adaptées aux circonstances, traduisant la libération d'un automatisme inférieur, il existe chez les épileptiques des accès d'automatisme mental supérieur au cours desquels la cohérence, la coordination, la logique apparente se retrouvent dans les actes accomplis. On peut rencontrer chez les comitiaux tous les intermédiaires entre ces deux manifestations pathologiques d'actes automatiques coordonnés ayant trait les uns à la vie quotidienne, les autres à la vie professionnelle ; dans un troisième groupe, il classe les actes automatiques n'ayant aucun rapport avec les habitudes du sujet.

Ces actes ne peuvent être considérés comme inconscients car il n'est pas prouvé que les sujets n'ont pas conservé une certaine conscience pendant l'accomplissement d'actes aussi bien adaptés. Généralement l'amnésie consécutive est absolue. Cependant parfois certains souvenirs surnagent et cette constatation ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'épilepsie.

M. C. BLONDEL. — La psychologie dédaignée par M. Nayrac joue un rôle cependant essentiel dans la constitution de la théorie de l'automatisme mental, fondée avant tout en sa partie la plus positive sur l'étude du comportement des malades. Cet automatisme n'est pas morbide en lui-même, puisqu'il y a un automatisme normal. Les phénomènes morbides doivent leur caractère pathologique, par conséquent, à autre chose qu'à leur automatisme. Pour les rapporteurs, ce caractère pathologique tient à leur étiologie qui serait organique. Mais, s'il est évident que tout trouble mental doit avoir une cause organique, il est non moins évident que nous ne savons pas encore précisément quelle est la cause organique de l'automatisme pathologique. L'intérêt des recherches actuelles sur l'automatisme mental tient moins à la théorie qui en est proposée qu'à la masse de constatations cliniques et d'analyses psycho-pathologiques sur lesquelles elle se fonde et dont il sera sans doute possible de dégager les caractéristiques mentales qui définissent le trouble morbide, en attendant que nous puissions atteindre l'étiologie organique qui ne nous semble pas encore accessible.

M. LÉPINE (*de Lyon*). — « L'œuvre remarquable de M. de Clérambault a une grande valeur descriptive. La valeur

explicative me paraît moins incontestable. J'ai peur qu'on demande trop tôt à la biologie ce qu'elle ne peut pas donner. La clinique nous apprend que, bien souvent, si l'on sait chercher, on retrouve, même dans les cas à début apparemment subit, une longue période de préparation. » L'existence de complexes affectifs à action prolongée ont une grosse part dans la création de l'état morbide. Si le cerveau cède parfois, c'est bien moins du fait d'une lésion particulière que d'un mauvais fonctionnement général de l'organisme. D'où l'influence des infections latentes et débilitantes : la tuberculose, des grossesses répétées, les circonstances épuisantes. Les délires de guerre ont fourni des exemples de cette pathogénie complexe.

M. H. CLAUDE (*de Paris*). — Il faudrait mettre un peu de clarté dans ces essais nombreux de nosologie de l'A. M. et délimiter davantage ce qu'il convient de représenter par cette expression. Pour Nayrac, l'automatisme est synonyme d'hallucination. Or, il faut remarquer que la véritable hallucination à caractère d'extériorisation est rare. Elle s'observe plutôt dans les cas d'hallucinose en rapport avec des lésions cérébrales. L'hallucination dans ce cas a un caractère impersonnel. Il n'en est pas de même dans le groupe des psychopathies délirantes.

Dans la pratique, il faut distinguer les faits dans lesquels les hallucinations ont le caractère sensoriel et se sont accompagnées plus ou moins tôt de conceptions délirantes : ce sont les véritables psychoses hallucinatoires, que H. Claude range sous l'étiquette : Automatisme mental. Chez ces malades domine le sentiment d'action extérieure (syndrome d'action extérieure). On ne peut pas dans ces cas retrouver les signes d'une altération sensitive, sensorielle ou motrice.

Les observations n'ont pas montré à l'auteur l'existence de ces formes primitivement anidéiques dont parle M. de Clérambault. Quant aux micro-lésions méningo-corticales, séquelles d'états infectieux antérieurs, M. Claude ne les admet que comme hypothèses gratuites. Les données cliniques dans ces cas d'A. M. apportent surtout de la clarté sur le terrain dégénératif, sur les conditions d'apparition de la maladie : rumination mentale et exagération du langage intérieur à la suite de préoccupations d'ordre moral. C'est surtout dans l'affectivité qu'il faut rechercher l'origine du syndrome. Kreschmer en donne des observations cliniques très intéressantes, « passage de la rumination morbide à l'interprétation délirante, à un sentiment d'étrangeté, de



domination par autrui, qui peut aboutir à un automatisme complet ». A noter le rôle capital de l'interprétation sur un fonds mental troublé par des complexes affectifs.

L'étiologie dictera la thérapeutique.

L'auteur insiste surtout sur le danger d'édifier des systèmes psycho-biologiques sur des bases encore trop incertaines.

M. DONAGGIO (*de Modane*) insiste sur le rôle de l'infection tuberculeuse dans l'étiologie de l'automatisme mental. Il cite, à ce sujet, plusieurs observations.

M. PORC'HER (*Montpellier*) rappelle la nécessité de suivre la méthode objective des sciences physiques pour l'étude des êtres vivants et s'élève contre les doctrines purement métaphysiques de l'Ecole de l'Infirmierie spéciale, mélange de concepts spiritualistes et d'hypothèses organiques sans consistance.

Il cite la définition de l'automatisme neurologique de Hughlings Jackson (1884), les travaux de l'Ecole Anglaise (Sherrington) et ceux de Pawloff. Il met en garde contre l'importance exagérée donnée en séméiologie psychiatrique au comportement verbal et propose d'appliquer à l'homme les méthodes de l'Ethologie zoologique étudiant le comportement, sans le lier à des états de conscience inconnaisables.

M. RAVIART (*de Lille*). — M. Raviart, président du Congrès, termine en quelques mots la discussion et conclue en soulignant l'importance des recherches organiques en psychiatrie.

M. JANET (*de Paris*) dit tout l'intérêt qu'il a pris à cette discussion et revenant sur son impression première, signale le grand avantage qu'il y aura à poursuivre les remarquables recherches cliniques de M. de Clérambault.

## RAPPORT DE NEUROLOGIE

**LES TUMEURS DES VENTRICULES LATÉRAUX. ETUDE ANATOMO-CLINIQUE**, par le Docteur J. JUMENTIÉ (*de Paris*).

— La question des tumeurs des ventricules latéraux reste imprécise et il est encore impossible d'isoler un syndrome clinique propre à ces néoplasies.

En dehors des signes d'hypertension crânienne, inconstante d'ailleurs, certains symptômes tels que l'épilepsie, les

troubles mentaux, la céphalée, l'hypertonie et les contractions peuvent prendre une valeur séméiologique particulière.

Au point de vue anatomique, il faut distinguer les tumeurs épendymaires ou épithéliales et les tumeurs sous-épendymaires névrogliques et conjonctives.

On peut douter qu'un diagnostic précis puisse permettre une intervention efficace ; cependant un certain nombre de ces tumeurs sont parfaitement isolables et relativement peu envahissantes. La radiographie, aidée par les injections transparentes ou opaques, paraît devoir, dans l'avenir, faciliter une localisation précise, à laquelle la clinique ne permet pas d'arriver et qui est indispensable pour obtenir une action efficace du traitement radiothérapique.

#### DISCUSSION

M. BARRÉ (*de Strasbourg*) présente l'observation très approfondie d'une tumeur des ventricules latéraux et insiste au cours de cette observation sur certains symptômes particuliers, qui pourraient par la suite aider avec utilité dans le diagnostic si délicat de ces tumeurs : l'association 1° de troubles parfois légers de l'intelligence (fatigabilité, euphorie particulière ; 2° phénomènes apraxiques, parfois très discrets ; 3° trouble de la sensibilité à type supérieur ; 4° de crises hypertoniques spéciales. L'auteur insiste ensuite sur l'importance que peuvent prendre les troubles vestibulaires, dans l'hypertension intracrânienne et sur la manière d'éviter de les considérer à tort comme des signes de localisation, surtout lorsqu'ils sont unilatéraux.

M. CLAUDE (*de Paris*). — Le diagnostic des tumeurs du revêtement épendymaire apparaît impossible en se basant sur l'étude des symptômes. L'épilepsie elle-même n'a pas de valeur. Il y a une variété qui mériterait peut-être, d'être étudiée de plus près, c'est celle des tumeurs des plexus choroïdes. Cette étude donnerait lieu à des constatations intéressantes en raison du rôle que l'on attribue à ces organes (en particulier sécrétion interne, travaux de Monakow, Sabrazet, etc.). A ce titre, l'auteur croit qu'il eût été de quelque intérêt de ne pas éliminer ces néoplasmes, de l'étude des tumeurs ventriculaires.

M. H. ROGER (*de Marseille*) rapporte une observation de tumeur développée dans le corps calleux et constituant histologiquement un épendyme. Cliniquement, les symptômes

furent les suivants : céphalée occipitale avec déplégie, poussées thermiques et légère oscillation intellectuelle, violentes crises comitiales, avec tension du L. C.-R. atteignant 48, sans hyperalbuminose. Wassermann négatif. Hémiparésie droite. L'autopsie montra une tumeur des deux lobes frontaux s'étendant au corps calleux et aux ventricules latéraux.

M. GAUDUCHEAU insiste sur le traitement radiothérapique précédé d'une trépanation décompressive.

M. H. BARUK insiste sur l'importance des troubles mentaux et tout particulièrement de l'onirisme dans le diagnostic de ces tumeurs.

MM. ALAJOUANINE et H. BARUK rapportent un cas de gliome périventriculaire qui s'accompagna d'une dissociation entre le liquide ventriculaire qui était xanthochromique et le liquide spinal qui était parfaitement limpide et de composition normale. Le caractère xanthochromique du liquide ventriculaire s'expliquait par l'existence d'un suintement sanguin, en même temps que d'un blocage entre les cavités ventriculaires et sous-arachnoïdiennes.

M. ANGLADE (*de Bordeaux*) discute l'extension qu'il convient de donner aux tumeurs ventriculaires. Il insiste sur la valeur séméiologique de l'épilepsie, ainsi que sur l'intérêt de l'étude des troubles mentaux, précieux pour le diagnostic. L'auteur se demande si certains cas de gliomes multiples épendymaires ne doivent pas être rattachés à la sclérose tubéreuse ou maladie de Bourneville.

MM. O. CROUZON, H. BARUK et COSTE rapportent l'observation d'un malade qui, à la suite de céphalée et d'obnubilation intellectuelle transitoire, présenta peu à peu un délire systématisé de persécution qui évolua pendant 5 ans. A l'autopsie on trouva un gliome étendu de tout le ventricule latéral droit.

## RAPPORT DE MEDECINE LEGALE

LE DIVORCE DES ALIENES, SA JURISPRUDENCE, SON APPLICATION, SES RESULTATS, (EN SUISSE ET DIVERS AUTRES PAYS), par le Docteur W. BOVEN (*de Lausanne*). -- L'auteur donne tout d'abord un aperçu historique du divorce en France. A plusieurs reprises, la question de ranger l'aliénation mentale parmi les causes du divorce fut discutée, mais jusqu'à présent sans résultat.

Le divorce par aliénation mentale existe cependant en de nombreux pays. L'auteur étudie à ce sujet un certain nombre de législation : en Allemagne, en Amérique du Nord, en Suède et surtout en Suisse.

L'expérience enseigne en Suisse, comme ailleurs, que le divorce pour aliénation mentale n'ébranle rien, ne détruit rien de tout ce que la Morale et le Droit édifient et consacrent.

Non seulement le divorce n'a pas été un mal, dans de nombreux cas, mais plus souvent un remède et c'est fréquemment l'aliéné qui en tire le meilleur profit. Le vrai critère pour l'auteur réside dans le caractère intolérable de la vie faite au demandeur. A son sens, l'article idéal en matière de législation serait l'article 141 du Code civil Suisse amputé de la clause de l'incurabilité, on y lirait :

« Chacun des époux peut demander le divorce en tout temps, pour cause de maladie mentale de son conjoint, si cet état dure depuis trois ans à dire des experts et rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur. »

#### DISCUSSION

M. TRÉNEL (*de Paris*). — M. Trénel adopte entièrement les idées défendues par le rapporteur. Il s'élève en particulier contre la singulière affirmation des opposants au divorce des aliénés, que l'incurabilité des psychoses ne peut jamais être affirmée quand asiles et maisons de santé regorgent de chroniques dont l'incurabilité est certaine et est d'ailleurs certifiée médicalement dans maints rapports officiels concernant ces malades, incurabilité voilée sous l'euphémisme de *maladie de longue durée*.

Tel expert qui, en matière criminelle, n'hésitera pas à déposer des conclusions qui mèneront un prévenu à l'échafaud, se refuserait à conclure en matière de divorce !

D'ailleurs, le droit canonique a admis le divorce dans des cas de maladie répugnante, la lèpre en particulier (Synode de Compiègne, 757) ; il l'admet dans le cas où un conjoint resté païen rend la *vie insupportable* à son époux devenu chrétien. Les susceptibilités dues au dogme sont donc inopérantes.

T. propose pour ménager ces susceptibilités de supprimer le terme de divorce et d'y substituer la *dissolution du mariage* en ajoutant à l'article 227 du Code civil qui l'édicte, un paragraphe spécifiant que la dissolution du mariage peut être prononcée pour *aliénation mentale confir-*

*mée, reconnue légalement, ayant eu une durée de plus de 3 années et ayant fait perdre à l'aliéné l'état d'époux.*

Ce dernier terme est aussi une locution légale qui a cours en jurisprudence et qui se substituerait à la *communauté mentale* du Code allemand.

Il propose, de plus, pour prévenir toute imputation à l'égard des médecins que, à quiconque sera intervenu professionnellement dans la cause, il soit interdit d'épouser le conjoint libéré par le divorce.

M. COURBON (*Paris*). — Le divorce pour cause d'aliénation mentale, s'il comporte une clause qui assure, dans la mesure du possible, comme en Suisse, le maintien de l'assistance de l'aliéné par le conjoint quand elle est indiquée, ne peut pas être combattu pour des raisons valables. Il sauvegarde en effet tous les intérêts : ceux du malade affranchi de l'hypocrisie du conjoint qui souhaite sa mort, ceux du conjoint qui peut refaire sa vie, ceux des enfants qui retrouvent un foyer où règne la santé mentale, ceux de la société pour qui le second mariage est une source de nouveaux citoyens sains d'esprit. En cette matière, la science de l'expert qui a à se prononcer sur l'intensité et la durée des troubles mentaux, n'est pas plus faillible qu'en n'importe quelle autre science ; en tous cas, pas plus qu'en matière d'interdiction où il a à se prononcer sur les mêmes points, et où l'on admet que sa science est suffisante pour le faire d'une façon valable. Le mariage est avant tout une communauté intellectuelle ou communauté des âmes ; il n'est que secondairement une communauté des corps, ou communauté de lit, les maladies somatiques : tuberculose, cancer, etc., ne menacent que la communauté du lit ; on ne saurait les admettre comme causes de divorce, au même titre que les maladies mentales qui, supprimant la communauté intellectuelle, anéantissent l'existence même du mariage.

Nombreux exemples pris dans l'expérience de l'Alsace où la loi allemande sur le divorce pour aliénation mentale fut en vigueur jusqu'en 1925 et où l'auteur a pratiqué.

M. ADAM (*de Rouffach*). — Le Dr F. Adam rappelle que le Dr Arnaud était opposé au principe du divorce pour aliénation mentale, parce qu'il était, en raison de ses opinions philosophiques et sociales, adversaire du divorce en général, mais qu'il a par contre toujours estimé, contrairement à ce que certains croient que, ce principe une fois admis, c'était au psychiatre à fournir « des explications et à appor-

ter des suggestions sur les conditions et modalités d'application d'une loi sur le divorce des aliénés ». Le Dr Adam proteste aussi contre le projet de la Commission parlementaire qui exige, pour que le divorce puisse être prononcé, que le malade ait été interné un an au moins « dans un asile public », les asiles privés étant parfois dirigés « par des hommes sans conscience et sans honneur ». C'est aux autorités administratives et judiciaires de surveiller les établissements, privés ou publics, mais il est injuste et déplacé de jeter une pareille suspicion sur des confrères très honorables ; d'autre part, de quel droit contraindre une famille à placer son malade dans un établissement public alors que l'Etat admet l'existence d'établissements privés et traite même avec eux pour y hospitaliser ses malades ?

M. RAYNEAU estime que la maladie fait partie du risque conjugal. Toutefois, la possibilité du divorce peut être envisagée quand la vie d'un des conjoints est devenue absolument intolérable. Ce divorce ne doit pas être uniquement fondé sur l'incurabilité.

M. DELAÎTRE apporte le poids de ses connaissances juridiques en cette question.

M. SEMELAIGNE est opposé au divorce. Le médecin, défenseur du malade, doit avant tout envisager l'intérêt de ce dernier.

M. GOURIOU (*de Nantes*) fait remarquer que la décision quant au divorce des aliénés doit être prise surtout par le juge et non par le médecin, qui n'a qu'à fournir son opinion d'expert.

M. LEY estime qu'on ne doit pas opposer les maladies mentales aux autres maladies envisagées en cette matière.

M. ROSSI (*de Montevideo*) discute la question de l'incurabilité.

M. SALOMON (*de Vannes*) envisage les cas particuliers de troubles mentaux consécutifs aux toxicomanies et à l'alcoolisme, ces cas pourraient être envisagés comme ressortissant « de l'injure grave » et motiveraient le divorce.

M. VERVAECK fait ressortir le côté moral de cette question dont il est difficile de ne pas tenir compte.

## II. COMMUNICATIONS

**D<sup>r</sup> J. HANDELSMAN :** La valeur de l'examen de l'attention dans « la schizophrénie » (*projection de photos*). — Etudiant les troubles de l'attention dans l'hébéphrénie et la catatonie, il constate que cette attention est généralement déficiente dans l'hébéphrénie, dans la catatonie au contraire c'est l'énergie et l'activité seules de cette attention qui sont diminuées. Dans la schizophrénie paranoïde, les troubles de l'attention sont insignifiants, c'est seulement par la méthode américaine qu'on peut les découvrir, alors que les méthodes bien connues de Bourdon et Beanstein ne donnent rien. L'auteur insiste sur la valeur de ces examens de l'attention dans le diagnostic des maladies mentales.

**MM. MILLER et SIMON :** Enfants avec séquelles d'encéphalite léthargique (*projections cinématographiques*). — Les auteurs signalent le nombre de plus en plus important des enfants admis à l'asile de Vaucluse pour troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite léthargique.

Ces troubles apparaissent deux ou trois ans après la maladie. Fait très important : malgré une extrême promiscuité chez les enfants présentant des accidents aigus, il n'y a jamais eu de contagion.

**Prof. Stanislas WLADICZKO (Vilna) :** Synergie fonctionnelle entre l'orbiculaire des paupières et le peaucier du cou. — Observation illustrée de photographies et de projections cinématographiques. Il s'agit d'un phénomène que l'on peut considérer comme une variété de ces faits que l'on décrit sous le nom de « mouvements associés ». C'est ici une forme congénitale qui est en rapport avec une malformation constitutionnelle. Le mécanisme intime de cette malformation ne peut être éclairé que par un examen nécropsique.

**M. Pierre JANET :** Le sentiment du vide. — Le sentiment de l'automatisme dont on a vu l'importance rentre dans un groupe considérable de sentiments pathologiques que faute de mieux je désigne sous le nom de *sentiments du vide*, parce qu'ils sont surtout caractérisés par le sentiment de l'absence des sentiments.

Parmi ces sentiments du vide très nombreux, il faut rappeler le sentiment de la perte des affections et des haines, des joies et des tristesses, le sentiment de la perte de l'in-

telligence, qui s'oppose au sentiment de parfaite intellection des mystiques, de la perte de la mémoire, de la perte des perceptions chez les faux aveugles et les faux sourds, de la perte de l'initiative, de toute activité spontanée. Quand ce sentiment s'applique à l'ensemble de la personnalité, il faut citer le sentiment de désappropriation qui s'applique aussi bien aux propriétés matérielles qu'à la personne elle-même, le sentiment si curieux de perte de la vie avec le sentiment que l'on est mort ou que l'on meurt.

Ces mêmes sentiments sont *objectivés*, quand ils portent sur des actions élémentaires dont le caractère essentiel est l'extériorité. Ce sont d'abord ces troubles des sentiments sociaux qui consistent dans l'impression que personne n'est plus capable d'affection ou d'intelligence, que les autres hommes sont des automates ou des cadavres. Puis les objets eux-mêmes sont affectés, ils paraissent étranges, artificiels et surtout irréels.

Ces sentiments sont le point de départ de beaucoup d'obsessions et de délires. Je rappelle une belle étude de M. Auguste Wimmer, sur la pathogénie du délire des négations de Cotard, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1920. Ces mêmes sentiments, surtout sous la forme de désappropriation de la pensée, du vol de la pensée, doivent jouer un rôle dans le délire de persécution de même que le sentiment d'être sans corps, d'être devenu un être spirituel doit intervenir dans les délires mystiques.

Pour étudier ces sentiments, il faut considérer des malades que l'on suit pendant longtemps dans deux états différents, au moment où ils sont normaux et au moment où ils éprouvent les sentiments du vide. On constate alors que dans les deux états une action est restée exactement la même et tout à fait normale, c'est l'action primaire, l'action directement en rapport avec la stimulation extérieure. Ce qui est perdu, ce sont les actions secondaires, celles qui viennent se superposer comme des réactions à l'acte primaire lui-même, les actions proprio-captives, comme disait M. Sherrington, par opposition aux réflexes extéro-captifs.

Nous ne sommes pas seulement capables de réagir aux stimulations extérieures, nous pouvons compléter, fortifier, arrêter plus ou moins complètement cette action elle-même. L'automobile n'a pas seulement un moteur, il a des accélérateurs de vitesse et des freins. Les sentiments sont des régulateurs de l'action, ils correspondent à nos centres régulateurs des fonctions cérébrales dont Camus et M. Lhermitte ont commencé à parler. L'étude des sentiments du vide, non



seulement expliquera bien des délires, mais nous donnera une méthode utile dans l'interprétation des sentiments.

MM. CLAUDE, H. BARUK et A. THÉVENARD : Contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la démence précoce catatonique. — Rapports du syndrome catatonique et des syndromes parkinsoniens. — Dans le but de vérifier l'analogie apparente qui existe entre le syndrome de la démence précoce catatonique et les syndromes parkinsoniens, les auteurs ont entrepris une étude comparée des deux affections sur les bases suivantes :

1° Clinique : le syndrome catatonique est beaucoup plus variable que le syndrome parkinsonien. La raideur lorsqu'elle existe prend un caractère « actif ».

2° La *chronaxie* est modifiée dans les deux cas, mais d'une façon plus irrégulière et variable dans la catatonie.

3° Les tracés *électromyographiques* mettent en évidence une influence des facteurs psychiques, et surtout de l'état de l'attention dans la catatonie.

4° Les *réflexes de posture locale* qui paraissent forts dans la catatonie sont cependant très variables d'un moment à l'autre, et se différencient à ce point de vue des réflexes de posture des parkinsoniens.

5° L'épreuve de la *scopolamine*, qui fait disparaître les troubles moteurs et posturaux des parkinsoniens, reste sans aucune action sur les déments précoces catatoniques, même lorsqu'elle réalise l'abolition temporaire des réflexes de posture chez ces derniers.

6° Les *réflexes d'attitude* (signe de la poussée), qui sont souvent perturbés chez les parkinsoniens, restent normaux chez les catatoniques.

7° On peut constater, chez les déments précoces catatoniques, une inexcitabilité labyrinthique qu'on ne retrouve pas de façon analogue chez les parkinsoniens.

8° Enfin les auteurs ont pu constater l'existence de signes pyramidaux transitoires dans la démence précoce catatonique.

De tous ces faits, les auteurs retiennent que le syndrome catatonique de la démence précoce diffère des syndromes parkinsoniens par ses caractères de variabilité, de mobilité et par son intrication beaucoup plus profonde avec le psychisme. Ils discutent la probabilité de l'intervention dans la pathogénie de la catatonie d'un facteur d'ordre plus élevé, vraisemblablement cortical.

M. Auguste LEY (*Bruxelles*) : Sur le complexe d'Œdipe. — Exposé d'une très belle observation de tendance incestueuse apparemment acquise en l'absence de tout symptôme actuel de dissociation schizophrénique. Discussion de MM. Hesnard et Semelaigne.

MM. OBREGGIO et D'INISTRESKO (*de Bucarest*) : Les groupes sanguins dans la psychiatrie.

M. QUERCY (*de Rennes*) : Hallucinations visuelles peyothiques (*auto-observation*). — L'auteur, au cours d'hallucinations grippales, s'est trouvé dans l'état d'esprit des hallucinés classiques : l'hallucination est une perception parfaite et aucune discussion n'est possible là-dessus. Le Peyoth, toxique dont il y a lieu de réglementer la circulation, lui a permis, au cours de la féerie hallucinatoire que l'on sait, de noter quelques particularités : 1° *Le refus de la perception vraie* : de nombreuses perceptions correctes sont prises par le sujet qui s'observe pour des hallucinations ; au milieu de bruits réels correctement perçus, il postule le silence, croit percevoir le silence et porte ce qu'il entend à l'actif de l'hallucination.

2° *La figuration à l'infini*. Toute vision, même lilliputienne, peut être détaillée à l'infini et chaque point de chaque ligne montre, sous des grossissements croissants, des mondes de figures. Jamais la simple tache, la sensation brute, toujours la chose, l'objet, l'individu.

3° *Le rôle des images consécutives*. Les I. C. négatives ne présentent rien de particulier. Les I. C. positives sont très intenses et très durables (une lampe électrique opaline donne par exemple un disque vert, jaune, rose et enfin bleu). Ces images positives, quand elles sont obtenues avec la *fovea*, ne donnent pas lieu à des hallucinations. Par contre, les I. C. positives *latérales*, faibles, souvent à peine perceptibles, ordinairement méconnues, sont le point de départ d'hallucinations nombreuses.

M. QUERCY (*de Rennes*) : Observations de langage automatique. — Parmi les produits de l'automatisme verbal, certains sont remarquables par leur perfection. L'auteur rappelle d'abord un dément qui devait à sa démence de pouvoir aligner sans arrêt et sans rature des vers de la prosodie la plus variée et la plus parfaite, d'une prodigieuse richesse verbale, parfaitement dépourvus de sens et très souvent fort beaux : *poésie pure* ou absolue. Il cite encore une écholalie

hallucinatoire fourmillant de néologismes « amorphes » de 20, 30 syllabes dont le malade souligne le non-sens et l'automatisme ; une persécutée qui fait subir à son langage, sans le vouloir et sans s'en douter, d'incessantes abréviations syllabiques : une glossolalie où le sujet déclame d'in définies séries de syllabes en en précisant le caractère inintelligible, passif, organique et douloureux (suicide) (1). Il décrit enfin un dément qui, au plus profond de ses éclipses psychologiques, émettait un monologue continu d'une remarquable homogénéité de ton : « Le mystère le plus élevé et le plus digne de cette gloire qui est la gloire de l'infini infini grand baptême de la divinité de l'humanité la plus digne et la plus humaine. » Aucune tentative d'utilisation, d'explication, de justification de la part du malade, du reste incapable de monologuer dès qu'il faisait preuve d'une activité psychologique appréciable. M. Quercy porte ces faits à l'actif d'un A. V. peut-être organique, à coup sûr synthétique et organisateur.

M. BEIJERMAN (*de Santpoort*) : Rééducation mentale par la musique. — Il faut fortifier les sentiments normaux et contrarier leurs automatismes asociaux par tous les moyens possibles. C'est pourquoi nous appliquons à Santpoort une thérapie active et continue (Gütersloh).

Un des plus forts moyens pour activer l'apathie de nos malades est la musique. C'est le mérite de mon compatriote M. van der Wal (habitant depuis longtemps l'Amérique du Nord), d'avoir créé un système pour appliquer la musique avec le but d'activer les énergies latentes, enrayées ou inutiles des malades. Il se sert surtout des chansons enfantines, nationales et religieuses et évoque ainsi l'ambition et l'attention du malade, une base pour les autres moyens thérapeutiques.

La musique est aussi appliquée à Santpoort et les leçons donnent lieu à des observations intéressantes et des améliorations remarquables.

M. VERMEYLEN (*de Bruxelles*) : Les éclipses de la schizophrénie. — A côté des rémissions et de la périodicité au cours des états schizophréniques, il faut faire une place aux éclipses, brusques et courts retours du sujet à son état antérieur, sortes de hiatus dans la maladie. Les trois cas rapportés montrent tout d'abord que la réapparition tempo-

(1) *Encéphale*, 1920, p. 207-212, p. 311-317. A. M. P., 1922, p. 331-42, 1923, p. 361-70.

raire de l'affectivité chez les schizophrènes se fait sur le plan schizoïde et fait passer les sujets de l'insensibilité à la sensibilité qui les fait vibrer, non peut-être à l'unisson de l'ambiance, mais tout au moins en concordance avec eux-mêmes. Ensuite qu'en ces moments il réapparaît une conscience de l'état morbide, non pas simplement abstraite mais concrète avec réactions affectives adéquates et apparemment sincères. Enfin ces éclipses soulèvent le même problème que celui de la périodicité dans les diverses affections mentales et permet d'entrevoir une direction de recherches et peut-être de thérapeutique.

M. GOMMÈS (*de Paris*) : Hémichorée post-vaccinale. — Survenue à la suite d'une vaccination jennérienne consistant en une névraxite infectieuse mais très légère se bornant aux cellules du corps strié et encore d'un seul côté.

Cette hémichorée apparut chez un enfant de 7 ans, immédiatement après l'apparition de l'éruption vaccinale locale.

MM. ADAM et STRAVIDHIS : Un cas curieux de kinésie paradoxale. — MM. Adam et Stravidhis, de Rouffach, présentent des photographies d'un parkinsonien aux mouvements très lents et cependant capable de jouer avec ses camarades ce jeu dit de « quillon » et qui consiste à frapper avec un bâton sur un bout de bois pointu en ses deux extrémités et, l'ayant de la sorte fait sauter en l'air, à le projeter au loin d'un nouveau coup de bâton. M. Souques, qui a déjà rapporté des faits de ce genre, a donné à ce phénomène le nom de parésie paradoxale. MM. Verger et Cruchet en ont également rapporté ; ils ont toutefois remarqué que les joueurs de bouchon, par exemple, conservaient une certaine lenteur de mouvement, lenteur qui n'est pas compatible avec le jeu de « quillon ».

M. BELJERMAN (*de Santpoort*) : Une forme akinétique de la maladie d'Huntington. — Tableau de trois arbres généalogiques de la chorée d'Huntington.

Conclusions : I. Dans la même famille, les formes typiques peuvent varier avec des formes rigides (akinétiques), qu'on peut très difficilement diagnostiquer sans une étude sur leur hérédité.

II. Les descendants des malades akinétiques peuvent montrer une chorée classique. Ainsi cette akinésie n'est pas une addition définitive de la maladie, mais une aberration individuelle.

III. L'âge n'est pas un facteur prépondérant pour le type clinique de la maladie.

IV. Les kinésies peuvent avoir un type très différent, ressemblant soit à la chorée, soit à l'athétose, soit à un spasme de torsion, soit à des bradykinésies.

V. C'est pourquoi la chorée d'Huntington n'est pas une dégénération d'une partie spéciale des noyaux de la base, mais une invalidité de tout le système extra-pyramidal.

VI. La chorée d'Huntington doit être nommée désormais « maladie d'Huntington », lequel nom tient compte de ces formes atypiques.

M. Maurice DARDEL (*de Neuchâtel, Suisse*) : Le traitement de la sclérose en plaques et de l'épilepsie par les injections intrarachidiennes de sérum sanguin (autosérothérapie). — Les résultats obtenus par ce traitement dans la sclérose en plaques sont remarquables. La réaction méningée qui suit l'opération est suivie immédiatement de symptômes d'amélioration qui s'accroissent à chaque intervention. Un cas grave guéri en deux ans et demi par 25 injections intrarachidiennes et d'autres, fortement améliorés, ne permettent aucun doute sur l'efficacité du traitement. Les malades, heureux de constater des progrès, auxquels ils avaient complètement renoncé, se soumettent volontiers à ces injections que l'on arrive, avec une certaine expérience, à rendre absolument indolores.

Dans l'épilepsie, l'autosérothérapie intrarachidienne modifie favorablement le cours de la maladie. Les crises, que l'on constate souvent pendant la réaction méningée, diminuent ensuite dans des proportions réjouissantes. L'état général des malades s'améliore, cela d'autant plus qu'on peut supprimer tous les remèdes déprimants.

En résumé, l'auteur ne peut encore se prononcer sur l'efficacité définitive du traitement dans l'épilepsie qui exigera sans doute encore des expériences prolongées ; par contre, il est très affirmatif sur l'influence remarquable de l'autosérothérapie intrarachidienne dans la sclérose en plaques qui perd ainsi son caractère d'incurabilité.

M. MARCHAND (*de Paris*) : De l'atrophie cérébrale dans la paralysie générale. — A propos d'un cas dans lequel l'atrophie d'un hémisphère était considérable, l'auteur montre que le processus atrophique dans la paralysie générale est secondaire aux lésions inflammatoires méningées et conjonctivo-vasculaires qui entraînent une prolifération considéra-

ble du tissu névroglique. L'atrophie cérébrale est surtout manifeste à la période terminale de l'affection et elle est d'autant plus accusée que l'évolution a été plus lente. Il s'agit donc d'une atrophie scléreuse terminale. L'atrophie des éléments nobles du cerveau (cellules nerveuses et fibres nerveuses) ne survient qu'après la prolifération névroglique, ce qui explique les rémissions si fréquentes constatées au cours de la paralysie générale.

M. LAUZIER : Signe d'Argyll-Robertson unilatéral et conservation du double réflexe consensuel chez une paralytique générale. — Il s'agit de l'observation d'une femme, paralytique générale, qui a présenté pendant plus d'un an un signe d'Argyll-Robertson latéralisé à gauche, avec conservation du réflexe consensuel dans les deux yeux. Par la suite, l'évolution se fit vers une ophtalmoplégie interne totale et une immobilité pupillaire complète.

MM. GAUDUCHEAU et DANO : Zona intercostal et lombaire. Paralysie des groupes antéro-externes des deux membres inférieurs. — Paralysie des deux nerfs sciatiques poplités externes. Dès l'origine apparurent des troubles paralytiques bilatéraux et localisés aux muscles innervés par le nerf sciatique poplité externe. On ne trouve qu'un zona sans réaction fébrile ni générale. L'évolution fut favorable. Il ne s'agit pas ici d'un zona symptomatique.

M. A. ROQUIER (*de Lyon*) : Le signe du biceps, syncinésie permettant de distinguer l'hypertonie musculaire wilsonienne de la rigidité parkinsonienne. — Si, chez un sujet normal, l'avant-bras se trouvant en pronation forcée est mis activement ou passivement en supination également forcée, on constate que le biceps et le brachial antérieur se contractent au moment où s'effectue le mouvement. Ils se raccourcissent lentement et on voit remonter un peu le ventre du biceps. Cette syncinésie est plus nette quand le sujet, au lieu d'effectuer un mouvement passif, exécute le mouvement actif. Chez les parkinsoniens hypertoniques et bradykinétiques, la contraction du biceps et du brachial antérieur s'effectue à peu près comme chez un sujet normal, peut-être avec une plus grande lenteur. L'auteur apporte les observations de deux malades chez lesquels l'hypertonie musculaire, voisine de celle qu'on observe chez les wilsoniens, apparaissait à l'occasion des mouvements volontaires et chez lesquels, d'autre part, la contraction du biceps et du brachial antérieur provoquée par la supination forcée de

l'avant-bras, était manifestement plus marquée qu'à l'état normal. L'exagération de cette syncinésie physiologique doit permettre, vraisemblablement, de distinguer l'une de l'autre deux hypertonies extrapyramidales de type différent.

M. G. BOURGUIGNON : *I<sup>re</sup> Communication* : Du rôle de la chronaxie en Psychiatrie. — Dans la période actuelle de nos connaissances, nous devons seulement nous attacher à l'étude de l'état des systèmes sensitivo-moteurs dans les maladies mentales, c'est-à-dire à l'étude de la répercussion de ces maladies sur la chronaxie de ces agents de transmission et de réception que sont les systèmes sensitivo-moteurs généraux. (L'auteur poursuit en ce moment des études à propos de la démence précoce). Ainsi limité, le domaine de la chronaxie en psychiatrie est assez vaste pour fournir pendant longtemps des sujets de recherche et pour nous permettre d'obtenir au moins des explications partielles de certains troubles mentaux.

*II<sup>e</sup> Communication* : Chronaxie des muscles de la jambe et réflexe plantaire chez l'homme et le lapin en physiologie et en pathologie et chronaxie normale du nerf vestibulaire chez l'homme. Caractéristique de l'espèce humaine et de l'individu fournie par l'étude de ces chronaxies. — a) Chez l'homme, on observe à la jambe deux chronaxies successives : l'une primitive, originelle, embryonnaire, l'autre secondaire, acquise, fonctionnelle. Cette dernière est en rapport évident avec la station debout qui est caractéristique de l'espèce humaine. Le sens du rapport des chronaxies des extenseurs et des fléchisseurs des orteils est donc spécial à l'homme adulte, il nous donne une caractéristique de l'espèce humaine.

b) Les systèmes neuro-musculaires et sensitifs généraux, ont une excitabilité d'une précision mathématique, mais n'ont pas de caractère personnel ; on y trouve seulement une caractéristique de l'espèce humaine (chronaxie des muscles de la jambe et réflexe plantaire en flexion).

La personnalité de l'espèce humaine se manifeste aux deux pôles opposés de notre organisation : 1° dans les systèmes organo-végétatifs : la chronaxie des N. vestibulaires est la première que l'auteur ait pu mesurer, elle caractérise probablement notre individualité organo-végétative ; 2° dans les fonctions psychiques, dont le domaine échappe totalement, du moins pour le moment, à la chronaxie. La connaissance de la chronaxie du N. vestibulaire ouvre une voie nouvelle dans l'étude des maladies mentales.

M. Andanto BOTELHO : Le quotient rachidien dans les maladies mentales. — Le diagnostic différentiel entre plusieurs affections mentales suivies d'hypertension intracrânienne n'est pas toujours facile. Ayala a montré le besoin de mesurer aussi exactement que possible cette hypertension. Il observe que la pression résiduelle après la soustraction d'une certaine quantité de L. C.-R. est en relation avec la pression initiale et la quantité du liquide contenu dans les espaces encéphalo-médullaires.

Formule :

$$qH = \frac{Q \times F}{I}$$

$qH$  : quotient rachidien ;

$I$  : pression initiale ;  $F$  : pression finale ;

$Q$  : quantité de liquide enlevé.

Ce quotient a été étudié dans différentes maladies mentales.

Dans l'épilepsie,  $qH$  est le plus souvent supérieur à 5.

Dans la psychose maniaque dépressive,  $qH$  est supérieur à 7.

M. WAHL : Confusions mentales tuberculeuses. — Wahl présente une courte note sur une forme de tuberculose pulmonaire subaiguë débutant à la façon d'un délire fébrile alors que les signes stéthoscopiques bactériologiques et sérologiques ne rendent rien de l'origine particulière de cet état. Peu à peu les troubles psychiques passent au second plan, la tuberculose pulmonaire évolue classiquement, les malades quittent l'asile et deviennent des phtisiques vulgaires. Evidemment les sujets atteints de cette forme sont des dégénérés supérieurs, au sens de Magnan. Ce sont, pour la plupart, des surmenés intellectuels, candidats à des examens ou à des concours.

MM. GELMA et FOLLY (de Strasbourg) : Les symptômes liminaires de l'hébéphrénie (*Démence précoce des jeunes gens*). — Les A. insistent sur le grand intérêt qu'il y a à dépister les premiers phénomènes d'ordre médical qui se manifestent avant la période d'état de l'hébéphrénie. Il ne s'agit pas ici des troubles psychiques prémonitoires, des transformations du caractère et du comportement des attitudes autistes et de la perversité par oubli des convenances ou par mépris des obligations sociales, mais de symptômes passagers, d'ordre somatique, qui n'existent plus à la période



d'état de la maladie, et qui, de par leur nature, ne peuvent être observés que par des médecins de pathologie générale.

C'est, de longs mois après un état infectieux bénin (grippe, oreillons dans un cas), ou bien des éléments relevant de la pathologie du tube digestif, des reins, de l'appareil génital, etc..., que les troubles psychiques, qui ont évolué à bas bruit, deviennent, mais bien tard, manifestes. Chez de jeunes soldats, qui, au cours de leur service, versent dans l'hébéphrénie, et chez des malades de ville, heureusement observés, on décèle parfois des symptômes de nature infectieuse, mais difficiles à saisir, et qu'on ne relie que rarement à la démence précoce, qui éclatera plus tard et qui pourtant est déjà en sourde incubation.

Régis a montré depuis longtemps que des formes catatoniques les plus authentiques se montraient après des états infectieux manifestes, qui donnaient naissance tout d'abord à la confusion mentale, comme par exemple, certaines folies puerpérales devenues chroniques. Il s'agit là, sans doute, d'encéphalites infectieuses, à localisation particulière.

Chez des jeunes gens, qui, vers l'âge de 15 à 16 ans, sont devenus schizophrènes et sont arrivés assez rapidement à la période d'état de l'hébéphrénie, Gelma et Folly ont observé de longues périodes fébriles prémonitoires, à oscillations irrégulières et assez peu élevées comme hauteur ( $37^{\circ}3-38^{\circ}-38^{\circ}1$ ). Un de ces malades, bien suivi, était indemne de tuberculose, que l'on avait soupçonnée comme cause de la température. Des hémocultures et particulièrement la recherche des anaérobies se sont montrées négatives. Dans un autre cas, une jeune fille de 16 ans, longuement traitée, avant son observation par l'aliéniste, pour de vagues troubles digestifs, présentait depuis des mois, des vomissements, de la constipation, et un léger état fébrile dont il était impossible de reconnaître l'origine.

Il est vraisemblable que bien des états infectieux, très bénins, à symptomatologie très réduite, sont des prodromes de schizophrénie qui mériteraient d'être mieux discriminés des renseignements touffus fournis par l'anamnèse à la période de l'internement lorsque le délire, les troubles psycho-moteurs, le désordre des actes prennent le premier plan du tableau clinique.

M. A. ROUQUIER (de Lyon) : Syndromes dépressifs post-encéphalitiques sans signes de la série encéphalitique. — Observations de malades qui ont présenté un syndrome

dépressif grave et prolongé, dont l'origine encéphalitique ne paraît pas douteuse, mais sans épisode fébrile initial, hypersomnie ou diplopie. L'auteur rapproche ces cas des syndromes dépressifs, séquelles d'encéphalite à forme fruste dont il a fait antérieurement l'étude, et au cours desquelles les symptômes d'ordre neurologique sont si légers et si fugaces qu'ils peuvent passer inaperçus, s'ils ne sont point attentivement recherchés.

M. MIRA (*de Barcelone*) : Nouvelle technique pour soulager les obsédés. — L'auteur présente un procédé consistant à faire dériver l'attention du malade. Il utilise la méthode graphique et visuelle. L'obsédé écrit en les développant selon des associations particulières, les locutions principales en rapport avec ses obsessions.

Ce procédé a donné à l'auteur d'excellents résultats dans la plupart des cas.

M. DE CRAENE : Le rôle des dispensaires d'hygiène mentale dans l'assistance aux psychopathes. — Dans un long rapport l'auteur expose la nouvelle organisation des services ouverts et d'hygiène mentale en Belgique. Il signale les bons résultats obtenus jusqu'ici.

M. FOLLY, médecin principal : De l'utilisation des débilés mentaux en temps de paix et à la mobilisation. — Chaque année, de nouveaux débilés rentrent dans l'armée par l'incorporation. On peut les distinguer en quatre catégories : dociles, dangereux (pervers, alcooliques), pithiatiques, délirants d'emblée, classification qui n'a qu'un simple intérêt pratique.

Les débilés dangereux ou délirants doivent être éliminés le plus tôt possible. La réforme peut aussi s'imposer pour certains débilés pithiatiques. Il reste donc dans l'armée les débilés dociles, poids mort pour leur unité, source de grosses difficultés pour le commandement et les médecins. Que faire de ces sujets ? Ceux qui sont par trop insuffisants doivent être réformés ; mais pour les autres, qui représentent une main-d'œuvre utile, a-t-on prévu une utilisation rationnelle ? Non, jusqu'ici rien n'a été fait dans ce sens, et ils restent à la charge des corps de troupe.

D'autre part, le séjour à la caserne leur est éminemment défavorable. Ils ont à souffrir de leurs camarades, de leurs chefs, de la contrainte imposée par la discipline. Loin d'être amélioré par le service, leur psychisme peut se trouver

aggravé par des réactions fâcheuses. Actuellement, l'A. a dans son service deux cas graves de confusion mentale, à la suite de brimades, concernant des débilés mentaux.

L'A. propose de les soustraire à l'influence nuisible du milieu militaire habituel, et de les grouper en formations, casernées dans des locaux spéciaux. Soumis à un régime doux et paternel, ils pourront être chargés dans certaines conditions, notamment dans les établissements militaires, de travaux en rapport autant que possible avec leur profession civile. En temps de guerre, ils auraient le même emploi qu'en temps de paix, ce qui simplifierait pour eux la mobilisation.

Il n'est plus permis actuellement de se désintéresser de ces sujets, et l'armée doit songer à en prévoir l'utilisation rationnelle.

M. FOLLY, médecin principal : Nécessité de la déclaration obligatoire de tout internement antérieur avant l'entrée dans l'armée. — La déclaration obligatoire de l'internement des sujets susceptibles d'entrer plus tard dans l'armée, réclamée par Régis en 1908, attend encore sa mise en application. L'A. cite deux exemples démonstratifs, l'un concernant un engagé volontaire, entré dans l'armée à sa sortie de l'asile, l'autre concernant un appelé, qui séjourna dix mois à l'armée, pendant lesquels il commit toutes sortes de méfaits.

Il y a donc lieu d'exiger la déclaration obligatoire au conseil de révision. Quant aux engagés volontaires, tous les candidats à l'entrée dans l'armée devraient être exclus impitoyablement, s'ils ont été internés antérieurement.

Discussion. — M. LAGRIFFE (*de Quimper*) ne partage pas l'opinion de M. Folly sur l'utilisation des débilés dans l'armée ; ceux-ci, en effet, doivent être impitoyablement éliminés et il serait d'une suprême imprudence de chercher à en tirer parti, quand même. D'autre part, leur groupement en sections spéciales aurait l'inconvénient d'attirer l'attention sur eux et d'ajouter, en quelque sorte, une tare à une autre. Son avis est que les débilés doivent être exemptés de tout service : la collectivité et eux-mêmes n'ont qu'à y gagner.

M. LAGRIFFE (*de Quimper*) applique officieusement, depuis plusieurs années, la méthode préconisée par M. le médecin principal Folly, en signalant à l'autorité administrative tous les individus de la classe appelée, précédemment traités dans son service, même lorsqu'ils sont sortis guéris. Ce procédé donne, parfois, des résultats, malgré certaines résistances. Il estime que l'attention doit, surtout, être appelée sur les enga-

gés volontaires qui sont, toujours, suspects. De ce côté, il y aurait intérêt à soumettre tous les engagés volontaires à un examen mental sévère.

Le Dr ADAM fait remarquer qu'au cours de la discussion on a successivement parlé de sujets débiles et imbéciles. Il faut s'entendre. Il est bien évident que l'imbécile et aussi le débile profond doivent dès le conseil de révision être éliminés de l'armée. Pour ce qui est des simples débiles et des débiles légers, c'est une question d'espèce ; « l'ami Bidasse » était certainement un débile, mais c'était un débile sympathique à tous et qui a rendu aux armées d'appréciables services. Le Dr Adam proteste aussi contre l'idée de grouper les débiles en formations spéciales, ce qui aurait pour premier effet de rendre de braves garçons ridicules. C'est, comme le demandait Régis, au médecin de faire l'éducation des sous-officiers et des hommes de troupe : il leur apprendra à utiliser les débiles et exigera aussi qu'on les protège ; cette manière d'agir a pendant toute la guerre permis à l'interrupteur de conserver dans son régiment de braves garçons qui ont rendu les plus grands services.

MM. AUSTREGESILLO et ANDANTO BOTELHO (*de Rio-de-Janeiro*) : Tumeur du plexus choroïde avec destruction du corps calleux. — Il s'agit d'une tumeur contrôlée par l'autopsie. Les symptômes consistèrent en des phénomènes cérébelleux et labyrinthiques, de l'exophtalmie et une hémiparésie droite, enfin des troubles de la sensibilité thermique et quelques troubles mentaux à allure onirique.

Paul ABÉLY.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Séance du 11 juillet 1927

Présidence de M. LEROY, président

**Syndrome catatonique post-névralgique**, par M. P. MASQUIN. — Malade de 34 ans, présentée à la séance du 15 février 1926 par MM. X. Abély et Bauer. A cette époque, elle avait manifesté un syndrome hétérophrénique avec inactivité, puérilisme, stéréotypie. Quelques semaines après le début, état infectieux grave avec paraplégie complète qui s'améliore progressivement en laissant comme séquelles une paralysie incomplète des releveurs des pieds, plus marquée à droite. Amélioration passagère de l'état mental, puis rechute. On observe maintenant un état catatonique accusé, la malade conservant très longtemps les attitudes les plus bizarres. Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le développement de la catatonie à la suite de l'état infectieux.

**Spasme de torsion post-encéphalitique**, par MM. R. SZUM-  
LANSKI et A. COURTOIS. — Un sujet est atteint d'encéphalite aiguë en 1920, internement de 3 mois. Peu à peu hémitemblement droit qui s'exagère après une période de somnolence avec diplopie en 1923, renversement de la tête en arrière, dès ce moment, mais à l'occasion de la marche, seulement. Actuellement, marqué dans le décubitus dorsal, le spasme de torsion apparaît en position ventrale, assise, verticale et pendant la marche ; il s'accompagne d'ouverture forcée de la bouche. Durée 10 à 30 secondes ; il n'est pas compensé par une flexion des genoux et si l'on n'intervient peut provoquer la chute en arrière. Un soutien même léger de la nuque permet de l'éviter. A l'examen, hémitemblement droit, hypertonie surtout nette au bras droit et dans les muscles du plan postérieur du corps ; exagération des réflexes tendineux, des réflexes de posture. Pas de signes pyramidaux. Inégalité des pupilles, les réactions existent ; kinésies paradoxales, crises de fixité du regard. Les auteurs se rallient à l'opinion de Thévenard qui décrit une dystasie par hypertonie, le spasme se produisant dans les positions qui normalement augmentent le tonus d'attitude.

**Syndrome « d'illusion de Frégoli » et schizophrénie**, par MM. P. COURBON et G. FAIL. — Délire incohérent de persécution et de grandeur à teinte érotique, qualifié schizophrénie à cause

de la constitution mentale du sujet qui est une femme du peuple de 27 ans, sans instruction, peu intelligente, ayant néanmoins dès son enfance négligé la vie pratique et dépensé ses maigres gains à fréquenter le théâtre et à acheter des brochures philosophiques. Elle a la conviction que ses persécuteurs sont des « Frégoli » qui s'incarnent dans les personnes de son entourage pour la torturer, ou qui les « frégolifient » en d'autres personnages. Cette illusion qui n'apparaît qu'aux instants de paroxysme (prise de pensée, impulsions, inhibitions, injures, attouchements) n'a pas son point de départ dans la perception sensorielle de l'entourage, puisque le sujet ne trouve aucune ressemblance physique entre les diverses transformations de « Frégoli ». Elle n'est pas comme « l'illusion des Sosies » une agnosie d'identification par erreur d'un jugement affectif tel que peut en présenter accidentellement une intelligence saine. C'est une création de l'imagination dont seule est capable une mentalité morbide.

Paranoïa scrupuleuse, divorce et aliénation mentale, par MM. P. COURBON et G. FAIL. — Malade atteinte de délire de persécution et de jalousie par interprétations pures, croyant à l'exactitude de ses interprétations et considérant ses persécutions comme imméritées, mais se faisant néanmoins un devoir de relever toutes les circonstances atténuantes de la conduite des persécuteurs à son égard. Il s'agit d'une forme particulière de paranoïa, la *paranoïa scrupuleuse*, qui s'intercale entre le délire de supposition et le délire de persécution à réactions mélancoliques. Son mari, après avoir obtenu le divorce contre elle, n'étant pas assez riche pour l'assister, la garda par pitié à son foyer, où sa présence délirante était néfaste pour leur enfant. Ceci prouve, d'une part, la vanité de l'argument des adversaires du divorce pour aliénation, prétendant que le jugement de divorce aboutit fatalement à l'abandon de l'aliéné par le conjoint, d'autre part, les heureux effets du divorce pour la malade, sa famille et la société, quand une seconde épouse saine remplace la première aliénée.

Paralysie générale et ramollissements multiples cérébraux par endartérite spécifique, par L. MARCHAND. — Après avoir montré la rareté des foyers de ramollissement cérébral chez les paralytiques généraux, l'auteur donne l'observation d'un sujet atteint de paralysie générale à forme galopante et spasmodique. A l'autopsie, foyers multiples de ramollissements corticaux et sous-corticaux. L'examen histologique

décèle un processus endartéritique frappant surtout les petits vaisseaux intra-corticaux. Sur l'une des collatérales de l'artère basilaire, foyer d'endartérite oblitérante spécifique. Chez ce malade il existait donc deux processus morbides associés, d'une part, la méningo-encéphalite diffuse avec ses caractères classiques, d'autre part des lésions diffuses d'endartérite spécifique entraînant la formation des petits foyers de ramollissement.

L. MARCHAND.

## Société belge de Médecine mentale

Séance du 24 septembre 1927

tenue à l'Asile de Sainte-Agathe à Liège

Présidence du D<sup>r</sup> CUYLITS (Tournai)

M. DIVRY (Liège). Etude du liquide céphalo-rachidien dans la démence précoce. — Dans ses recherches antérieures, l'auteur a toujours trouvé le L. C.-R. normal chez les D. P. Tout au plus a-t-il constaté fréquemment une lymphocytose légère, c'est-à-dire au-dessus de 3 éléments par mm<sup>3</sup>. Récemment certains auteurs appartenant à l'école de Bechterew ont déclaré avoir constaté une réaction positive au benjoin colloïdal dans le liquide C.-R. des D. P. Kaltenbach notamment aurait eu 12 réactions positives dans 12 cas examinés. L'auteur a voulu vérifier cette assertion et a opéré sur 30 malades atteints de D. P. tout à fait typique. Dans tous les cas, la réaction au benjoin colloïdal a été négative.

M. MASSAUT (Lierneux). Délire à deux. — Montre par l'histoire détaillée de deux aliénés que dans les cas de délire à deux il peut s'agir simplement d'un développement de la psychose du sujet induit par le sujet inducteur. L'élément actif intervient simplement alors pour donner une tonalité particulière au délire déjà existant chez l'élément réceptif. A l'occasion de ce double cas, l'auteur effleure la question du rapport entre la paranoïa et la psychose maniaque dépressive, le paranoïaque pouvant présenter des périodes successives de dépression et d'excitation.

M. DEGREEF (Louvain) souligne le fait que chez ces malades, comme chez ceux qu'il a présentés récemment à la Société, il existe une tendance à l'abstraction, des préoccupations d'ordre spirituel et peu d'attaches vraies dans le réel.

M. VERVAECK (Bruxelles). Si des cas de ce genre sont instructifs, il ne faut pourtant pas perdre de vue que dans la plupart des cas de contagion mentale le sujet récepteur n'est

pas primitivement un délirant mais le plus souvent un déficient mental qui accepte le délire d'autrui par manque de contrôle.

M. LEROY (Liège). Action des sels arsenicaux sur la méningite dans un cas de méningo-encéphalite progressive. — A propos d'un cas de méningo-encéphalite diffuse traité par les sels arsenicaux, l'auteur se demande si ces sels traversent la barrière hémato-encéphalitique. Après chaque reprise du traitement arsenical, il y a eu dans le liquide C.-R. diminution du nombre des éléments, de la quantité d'albumine et l'auteur a pu relever des traces d'arsenic par la méthode de Marsh. La réaction de Wassermann est par contre restée identique malgré toutes les interventions. Il semble que le sulfarsénol passe plus facilement dans le liquide C.-R. que le néo mais que son effet soit moins durable.

M. ALEXANDER (Bruxelles). Si on se rapporte au nombre considérable d'éléments dans le liquide C.-R., il semble tout d'abord qu'il ne s'agisse pas de P. G., mais de syphilis cérébrale. D'autre part, la question de savoir si l'arsenic arrive ou non aux tissus lésés est d'assez peu d'importance car on considère de plus en plus qu'il n'y a pas une action chimiothérapique directe mais plutôt une action biologique encore assez mal définie. Enfin l'irrégularité d'élimination normale des méninges est très grande, ce qui trouble fort le résultat des recherches de ce genre.

M. A. LEY (Bruxelles) pense qu'il s'agit bien d'une P. G. Le grand nombre de lymphocytes n'a pas toujours une portée diagnostique si rigoureuse.

M. DIVRY (Liège). Chez les P. G. l'index de perméabilité reste toujours invariable. Du reste, la perméabilité méningée, tant chez le normal que dans les cas de tabes ou de P. G., est toujours très faible, comme le montre l'expérience de la fluorescence. Dès lors, il semble difficile d'admettre que l'arsenic puisse passer au travers de la barrière méningée. Le fait de le trouver dans le liquide C.-R. ne prouve rien, étant donné qu'il y a de l'arsenic dans tous les tissus.

M. LEROY (Liège). Présentation de quelques cas d'encéphalite épidémique. — Un premier cas chez lequel il subsiste après plusieurs années des crises d'excitation cérébrale que rien ne peut calmer. Un deuxième chez lequel subsistent des crises de colère pathologique. Un troisième présentant des crises oculogyres très améliorées par l'isolement et la psychothérapie. L'auteur insiste sur la variabilité des symptômes au cours de l'encéphalite épidémique.

G. VERMEYLEN.



# VARIÉTÉS

## NÉCROLOGIE

LE D<sup>r</sup> ANDRÉ ANTHEAUME

Le Docteur André ANTHEAUME, ancien président de la Société médico-psychologique, secrétaire général de la Société de médecine légale, expert honoraire près les tribunaux de la Seine, médecin-chef du sanatorium de la Malmaison, officier de la Légion d'honneur, est décédé au mois d'août dernier. Ses obsèques ont eu lieu à Paris le vendredi 12 août, en l'église Notre-Dame-de-Grâce de Passy.

LE DOCTEUR JACQUIN

Nous apprenons la mort du Docteur JACQUIN, ancien chef de clinique de la Faculté de Lyon, médecin-chef de l'asile privé de Ste-Madeleine, à Bourg (Ain).

## HOMMAGE AU PROFESSEUR CABRED

A l'occasion du jubilé du Professeur Cabred, que nous avons annoncé dans le n° de juillet des *Annales*, le pouvoir exécutif de la République Argentine a promulgué un décret décidant de donner le nom du D<sup>r</sup> Domingo Cabred à la colonie nationale des aliénés d'Open-Door.

## CONGRÈS

### DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

La XXXII<sup>e</sup> Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à Anvers, du 23 au 28 juillet 1928.

*Présidents* : M. le Professeur Henri CLAUDE, de Paris.

M. le Professeur Aug. LEY, de Bruxelles.

*Vice-président* : M. le Docteur LALANNE, chargé de cours à la Faculté de Nancy, médecin-chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).

*Secrétaire général* : M. le Docteur Fr. MEEUS, médecin-chef de l'Asile de Mortsel.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXII<sup>e</sup> session.

**PSYCHIATRIE** : *La Catatonie*. — Rapporteur : M. le Professeur Paul DIVRY (de Liège).

**NEUROLOGIE** : *Les Algies du membre supérieur*. — Rapporteur : M. le Professeur H. ROGER (de Marseille).

**THÉRAPEUTIQUE** : *La Thérapeutique de la Paralysie générale*. — Rapporteurs : MM. les Docteurs B. DUJARDIN, agrégé

de l'Université de Bruxelles, et René TARGOWLA, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Paris, médecin de l'Hôpital Psychiatrique Henri Rousselle.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser 'au D<sup>r</sup> Fr. MEEUS, *secrétaire général* de la XXXII<sup>e</sup> session, 21, Nerviersstraat, Anvers. L'inscription et la cotisation jointe peuvent être adressées à M. le *Directeur de l'Agence de la Société Générale*, 44, Avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine (Seine) (Compte du D<sup>r</sup> Meeus), avec indication très précise de l'adresse à laquelle les rapports et comptes rendus de la session devront être envoyés.

Le prix de la cotisation est de 50 francs français pour les membres adhérents et de 30 francs français pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin 1928 recevront les rapports dès leur publication.

### SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 72<sup>e</sup> réunion de la Société suisse de Psychiatrie aura lieu les 26 et 27 novembre 1927 à Berne, sous la présidence du D<sup>r</sup> L. BINSWANGER.

Rapports sur « *Les psychoses de dégénérescence* », présentés par le Prof. O. BINSWANGER (Kreuzlingen) et le Prof. RÜDIN (Bâle).

### DISTINCTIONS HONORIFIQUES

LÉGION D'HONNEUR. — *Ministère de l'Instruction Publique*. — Est promu au grade d'officier, notre collègue, M. Paul JANET, membre de l'Institut.

*Ministère de l'Intérieur*. — Est nommé Chevalier, notre collègue, M. le D<sup>r</sup> RAYNIER, inspecteur général adjoint des services administratifs au Ministère de l'Intérieur.

*Ministère de la Justice*. — Est nommé Chevalier, M. le D<sup>r</sup> PIETRI, médecin-chef à l'asile Saint-Pons, vice-président de l'Association générale des médecins experts de France.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or* : M. le D<sup>r</sup> RAYNIER, inspecteur général ; *médaille d'argent* : M. le D<sup>r</sup> DAMAYE, directeur médecin-chef de l'asile de La-Roche-sur-Yon ; *médaille de bronze* : M. le D<sup>r</sup> HAMEL, médecin-chef de l'asile de Maréville.

### REVUE DE PSYCHANALYSE

Sous le haut patronage du Professeur S. FREUD et sous la direction des Docteurs A. HESNARD (Toulon), LAFORGUE (Paris), Ch. ODIER (Genève), R. DE SAUSSURE (Genève) pour la partie médicale et de Marie BONAPARTE pour la partie non médicale, le premier numéro de la *Revue de Psychanalyse* vient de paraître à la Librairie Octave DOIN.

Cette Revue paraîtra 4 fois par an.

## MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

## NOMINATIONS ET MUTATIONS

*Asiles de la Seine*

M. le docteur TRUELLE, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Maison-Blanche, a été nommé médecin-chef à l'Asile Sainte-Anne.

M. le docteur BEAUDOUIN, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), a été nommé médecin-chef à l'Asile de Maison-Blanche.

M. le docteur ABÉLY (Xavier), médecin-chef de service à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, a été nommé médecin-directeur de l'Asile de Moisselles.

*Asiles des départements*

M. le docteur SIZARET (Jean) a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse), en remplacement de M. le docteur Legrand, non installé.

M. le docteur LAUZIER, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de La Roche-Gandon (Mayenne), a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), en remplacement de M. le docteur Beaudouin.

M. le docteur FAUVEL, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Quimper (Finistère), a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le docteur Mercier.

M. le docteur SONN MAM a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Leyme (Lot).

Mme le docteur Daniel SANTENOISE, née PEZE, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés d'Auxerre (Yonne), a été nommée médecin-chef de service à la Maison Nationale de Saint-Maurice, en remplacement de M. le docteur Abély (Xavier).

M. le docteur JOURDRAN, médecin-chef de service à la Maison départementale de Santé de la Seine-Inférieure, a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère), en remplacement de M. le docteur Briche.

M. le docteur BRICHE, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère), a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés d'Armentières (Nord), poste rétabli.

M. le docteur USSE, médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône), est nommé

médecin-chef de service à la Maison Départementale de Santé de la Seine-Inférieure, en remplacement de M. le docteur Jourdran.

M. le docteur CLERC a été nommé médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle), en remplacement de M. le docteur Mézie, médecin en chef à l'Asile de Fleury-les-Aubrais.

M. le docteur DALMAS, médecin-directeur à l'Asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne), a été nommé médecin-chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public de Bourg (Ain), en remplacement de M. le docteur Jacquin, décédé.

M. le docteur MAUPATÉ, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse), est nommé médecin-chef de service à l'Asile autonome de Bailleul, poste rétabli.

M. le docteur MERLAND a été nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome d'Aix (Bouches-du-Rhône), en remplacement de M. le docteur Usse.

#### \* VACANCES DE POSTES

Un poste de médecin-chef de service à l'Asile d'aliénés de Quimper.

Un poste de médecin-chef de service à l'Asile d'aliénés d'Auxerre.

Un poste de médecin-directeur à l'Asile public d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne).

Un poste de médecin-directeur à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

Un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne).

Un poste de médecin-chef, préposé responsable, au quartier d'hospice d'Agen.

#### INTERNAT

Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à la maison de santé départementale de St-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Les internes sont nommés pour 3 ans aux traitements suivants : 1<sup>re</sup> année, 2.400 fr. ; 2<sup>e</sup> année, 3.000 fr. ; 3<sup>e</sup> année, 3.600 fr.

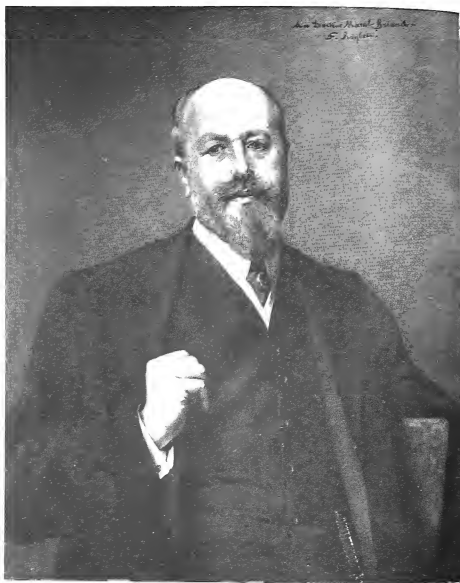
Les internes docteurs reçoivent 6.000 fr. Nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage.

S'adresser à M. le Directeur médecin-chef, à St-Gemmes-sur-Loire.

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*





MARCEL BRIAND  
*d'après le portrait de Roybet.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

MARCEL BRIAND  
L'HOMME ET L'ŒUVRE  
(1853-1927)

Par le Dr G. HALBERSTADT,

Médecin des Asiles

---



Avec Marcel Briand, mort le 2 février 1927 après une longue et douloureuse maladie dont il a stoïquement supporté les épreuves, s'est éteint un clinicien de la plus haute valeur, un aliéniste brillant et avisé, un homme de bien dans toute l'acception de ce terme. C'était le plus fidèle et le plus représentatif des élèves de Magnan, désigné par le Maître lui-même pour lui succéder à l'Admission de Ste-Anne. La Direction des *Annales* a pensé qu'il était indiqué de consacrer un article d'ensemble aux travaux et à la carrière de ce médecin éminent et nous considérons comme un grand honneur d'avoir été, en notre qualité d'ancien interne de M. Briand, chargé de cette tâche.

Nous parlerons d'abord de son activité scientifique et des nombreuses publications par lesquelles elle s'est manifestée, nous donnerons ensuite une esquisse de sa carrière et de son activité d'aliéniste praticien et philanthrope, nous réservant de présenter dans une dernière partie de notre travail une appréciation et une caractéristique d'ensemble.

La thèse de doctorat de Briand date de 1881. Depuis cette époque et jusqu'en 1925 on peut dire que son intérêt pour l'étude scientifique des maladies mentales ne s'est jamais relâché. Aussi le nombre de ses publications est-il considérable. Certaines d'entre elles furent faites en son nom personnel, d'autres au contraire en collaboration avec ses élèves qu'il aimait associer à ses recherches et dont il guidait les premiers pas dans le domaine de la psychiatrie. Il a touché à beaucoup de questions et on ne saurait donner une analyse exacte ni même une énumération absolument complète de tous ses travaux. Nous en mentionnerons les principaux que nous grouperons le moins artificiellement que nous pourrons. Bien des questions s'enchevêtrent et une classification tout à fait rigoureuse serait impossible.

Nous ne dirons que quelques mots de sa thèse de doctorat (1), faite dans le service de Magnan et consacrée au « délire aigu ». Elle a constitué une contribution importante à l'étude de cette question si controversée. Elle tend en somme à démontrer le caractère infectieux de cette maladie redoutable qui tantôt complique les autres formes mentales et tantôt peut être considérée comme une maladie en quelque sorte autonome. Les idées défendues ici par le jeune auteur sont aujourd'hui devenues classiques et ont dû reste été citées et utilisées depuis 1881 par de nombreux aliénistes français et étrangers.

Briand s'est toujours beaucoup intéressé aux diverses intoxications. Dès 1882, il publiait un travail sur l'empoisonnement par l'arsenic (2). En 1889, il fit paraître une « note pour servir à l'histoire des amnésies toxiques produites par l'oxyde de carbone » dans laquelle il démontrait que ce gaz pouvait déterminer des amnésies rétrogrades dont l'effet remonterait à



plusieurs jours avant l'asphyxie (analogie avec l'intoxication alcoolique) (4). Citons, dans le même ordre d'idées, la communication faite avec Salomon (42) à la Société Clinique sur un cas de « troubles intellectuels à forme démentielle avec apraxie passagère, consécutifs à une intoxication par l'oxyde de carbone ». Dans ce cas, le tableau clinique ressemblait au début à la psychose de Korsakoff. Briand connaissait à fond l'alcoolisme et c'est à lui que Magnan confia la tâche de recueillir et de publier ses célèbres leçons sur la dipsomanie. Toutes les formes de l'intoxication éthylique lui étaient d'ailleurs également familières, non seulement les délires, les états aigus ou subaigus, les impulsions dipsomaniques, les épilepsies, mais aussi les modifications du caractère et du psychisme tout entier, les troubles de la volonté, l'impulsivité, l'affaïssement du sens moral, maintes manifestations de cette imprégnation toxique des centres nerveux qui est si fréquente et dont les graves conséquences ne sont peut-être pas suffisamment connues ni appréciées dans la pratique journalière : nous avons en vue notamment l'appoint apporté par l'alcoolisme même léger à nombre d'états psychopathiques aigus ou chroniques. La morphinomanie et la cocaïnomanie l'ont également intéressé. Il traitait ses morphinomanes, tant à l'hôpital qu'en clientèle privée par la méthode du « sevrage brusque » qui lui donnait d'excellents résultats et qui est en effet peut-être pénible mais très efficace, à condition qu'il y ait une surveillance médicale constante et compétente. C'est ainsi qu'il présenta à la Société Clinique trois malades atteints de morphinococaïnisme (38), désintoxiqués par la suppression brusque. Il n'y a eu aucun collapsus, mais tous les jours était administrée une assez forte dose de spartéine. Cette manière de faire est considérée par lui comme une « méthode de choix », à condition toutefois qu'il s'agisse de sujets suffisamment jeunes et pouvant être placés dans des services fermés. Mentionnons aussi l'intéressante observation publiée avec Tissot et intitulée : « Morphinomanisme familial par contagion » (11). Les auteurs insistent sur ce besoin de prosélytisme dont sont animés souvent certains toxico-

manes. Dans l'espèce les membres de cette famille, à la fois morphinomanes et cocaïnomanes, commettaient des vols pour satisfaire à leur passion malade. En collaboration avec Vinchon, Briand fit une étude psychologique des priseurs de cocaïne (31) et donna une description du milieu où cette intoxication se développe. On trouvera aussi dans ce travail un aperçu des mesures à prendre contre ce vice moderne. Depuis la guerre, Briand étudia (avec Livet) certains poisons dont l'usage est relativement peu répandu dans nos contrées. Nous avons trois travaux consacrés à ce sujet et qui seront très précieux pour les aliénistes s'intéressant à l'action des toxiques. Nous ne pouvons en donner ici qu'un rapide résumé, la lecture du texte lui-même étant nécessaire pour qui voudra approfondir la question. C'est d'abord en 1920 (73) un travail sur « les fumeurs de jusquiame ». Après un historique très complet d'où il résulte que l'usage en était très ancien, les auteurs écrivent que le nombre des passionnés de la jusquiame est actuellement limité à Paris à quelques unités. Suit une description très intéressante du procédé employé par les fumeurs et des instruments dont ils se servent. Les signes particuliers sont : idées de transformation corporelle, les membres paraissant être de verre ; illusion d'avoir les mains très petites ou très grandes, « l'esprit n'établissant plus les rapports géométriques et perspective des objets et du moi » ; grande activité hallucinatoire avec possibilité d'un onirisme ambulatoire au cours duquel les sujets sont amenés parfois à commettre des actes délictueux. En 1921, les auteurs firent une communication à la Société de Médecine légale ayant pour titre : « Notes documentaires sur le cannabis. Les fumeurs de Gandia » (74). Ici encore, nous trouvons un historique de la question dans lequel Briand et Livet remontent jusqu'à Hérodote, Plutarque et Pomponius Mela. Il en résulte que les noirs de l'île Maurice font usage de feuilles séchées de cannabis. Il se produit chez eux dans ces cas une sorte d'ivresse toxique. L'agent producteur est le chanvre indien connu là-bas sous le nom de Gandia. Chose curieuse : « L'individu qui veut tirer vengeance de son semblable fume le

Gandia et par ce moyen réalise une excitation factice au cours de laquelle il met à exécution son criminel projet. » Les auteurs rappellent à ce propos l'existence en Algérie de fumeurs de Kif qui commettent aussi sous son influence des actes criminels. Citons enfin le travail paru en 1922 (84) : « Associations narcotiques et onirogènes en médecine légale ». Les auteurs rappellent que l'opium seul ne donne pas d'hallucinations. Si le malade a des troubles sensoriels de la vue et surtout de l'ouïe, c'est qu'il prend de l'éther, de l'alcool ou ajoute à l'opium une ou plusieurs substances onirogènes. Ce fait est important car le morphinomane simple est un « passif », l'halluciné au contraire est un « actif » et peut devenir dangereux. « L'opium est le poison favori des inquiets et des anxieux. Les chercheurs de sensations nouvelles, jouisseurs, inassouvis ou simples déprimés, veulent un réveil factice de leur activité, poursuivent une excitation passagère de leurs sens ou de leur imagination ; ils s'adressent à d'autres poisons tels cocaïne, éther, alcool, belladone, datura, jusquiame, chanvre indien et ses nombreuses transformations. » Briand connaissait admirablement bien l'épilepsie. Il s'en est occupé dès son internat à Sainte-Anne et Magnan lui confia la publication de ses leçons sur la névrose comitiale. Sur plusieurs points de l'étude de l'épilepsie, il apporta d'ailleurs une contribution personnelle importante. C'est ainsi qu'il publia, avec Brissot d'abord (22), puis avec Mme Iménitoff (47), des observations de coexistence avec l'épilepsie d'une psychose délirante associée. Il attribue ces faits à l'existence d'une double hérédité convergente, fidèle en cela à l'enseignement de Magnan qui disait qu'une « hérédité double » pouvait donner naissance à un « être pathologique double ». Dans plusieurs travaux, il étudia le phénomène si particulier de l'aura épileptique. Avec Costedoat (89), il présenta à la Société Clinique un trépané qui, fait extrêmement rare, avait une aura survenant si longtemps à l'avance que le sujet avait tout le temps nécessaire pour prendre ses précautions et ne pas se blesser en tombant. A la même Société, seul (86) et aussi en collaboration une fois avec Mme Iménitoff, une autre fois avec Jude (88), il apporta

des cas d'aura gustative et olfactive et aussi d'aura génitale. Dans une de ces observations, la malade avait une aura très particulière : elle avait pendant les quelques heures qui précèdent l'attaque une sensation anormale d'euphorie et de bonheur. Au point de vue thérapeutique, on connaît la part qu'il a prise à la propagation en France de la méthode de Bechterew (12) : adjonction au bromure de potassium d'une certaine dose d'adonis vernalis afin d'agir sur le système circulatoire. Au point de vue médico-légal, il nous faut mentionner le travail où il démontre, à l'aide de deux observations personnelles (28), que la mort par suffocation au cours d'attaques épileptiques survenues pendant le sommeil pouvait donner lieu à l'hypothèse d'un crime. (Dans les deux cas, les cadavres ont été trouvés dans une attitude semblable à celle qu'ils auraient eue si une main criminelle surprenant la victime dans le sommeil l'avait étouffée en lui maintenant la tête sur l'oreiller).

Dans le domaine de l'encéphalite léthargique, Briand fit des travaux importants, seul ou en collaboration avec ses élèves. Il fut ici un véritable précurseur et montra l'un des premiers, sinon le premier, le rôle joué par cette maladie dans l'éclosion des troubles psychiques et dans l'apparition de certaines modifications graves du caractère ayant une importance médico-légale. Mentionnons tout d'abord toute une série de publications faites avec Rouquier (68, 69, 70) et consacrées à l'étude d'une forme clinique de l'encéphalite épidémique « à symptomatologie mentale primitive et prédominante, ressemblant assez exactement à ce que les anciens auteurs appelaient délire aigu ». Dans cette forme, il s'agit avant tout d'idées délirantes et d'hallucinations, avec ou sans état confusionnel. Les signes de localisation bulbo-protubérantielle passent, quand ils existent, au second plan. Voici comment se résume le tableau clinique caractéristique de cette forme : « Les malades sont confus avec ou sans intervalles lucides. Ils sont généralement anxieux, agités, et la violence de leurs impulsions peut constituer un véritable danger pour l'entourage. Les manifestations délirantes sont presque la règle ; elles s'accom-

pagnent souvent d'onirisme ambulatoire, d'hallucinations mobiles, fugaces, parfois zoopsiques, analogues à celles qu'on rencontre dans les délires toxiques. Le délire s'éclipse parfois momentanément, et il est alors possible de fixer suffisamment l'attention du sujet pour qu'il en fournisse, par bribes, le récit. A l'onirisme se substitue, non pas un sommeil vrai, mais une sorte d'obtusion et de torpeur. » Signalons, dans le même ordre d'idées, une communication faite avec Borel à la Société Clinique de Médecine mentale (67) sur un cas d'encéphalite épidémique avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de neuf ans, et une autre faite avec Fribourg-Blanc (87) et appuyée par la présentation de deux malades sur l'importance de l'onirisme comme signe de début dans le diagnostic de l'encéphalite épidémique.

Le 22 novembre 1921, Briand fit à l'Académie de Médecine une communication sur le côté médico-légal de la question (75). Ce petit travail peut être considéré comme ayant fait époque dans l'étude de cette maladie. Sans détails ni phraséologie inutiles, avec sobriété et précision, l'auteur montre la fréquence et la variété des délits commis par ces malades. Au début, le sujet peut commettre des fugues, des vols, des violences contre l'entourage. Il peut faire des dénonciations calomnieuses et se comporte en somme comme un dégénéré atteint de perversions instinctives. Briand attire aussi l'attention sur l'intérêt qu'il y a de connaître les séquelles de l'encéphalite qui parfois sont très tenaces et capables de provoquer des réactions médico-légales du même genre qu'au début de la maladie. D'autres travaux ont encore été consacrés par Briand à cette question des séquelles. Citons notamment : une publication faite avec Porcher (78) intitulée : « Séquelles d'encéphalite épidémique : troubles du caractère et excitation psychomotrice à exacerbation nocturne » ; une publication faite avec Reboul-Lachaux (77) particulièrement intéressante dans laquelle les auteurs montrent la ressemblance de ces malades avec les petits débiles à instincts pervers congénitaux (ces enfants ont d'ailleurs souvent une hérédité plus ou moins chargée) ; un travail présenté au Congrès de

Luxembourg de 1921 (avec Rouquier) (76) dans lequel fut précisé le rôle des « formes frustes » qui peuvent pourtant laisser derrière elles des séquelles mentales ou neurologiques.

A côté de l'encéphalite léthargique, d'autres maladies de l'enfance ont toujours retenu l'attention de Briand. Les psychoses du jeune âge dont on commence depuis quelques années à s'occuper un peu partout étaient bien connues de Magnan et de ses élèves. C'est ainsi que Briand publia dès 1882 (2) un travail sur « les impulsions chez les enfants ». En 1910, il communique à la Société Clinique, en collaboration avec Brissot (26), l'observation extrêmement intéressante d'une enfant à lourde hérédité morbide, présentant un ensemble de syndromes dégénératifs comme on n'en trouve que chez l'adulte. Elle est intitulée ainsi : « Obsession, microbophobie, préoccupations hypocondriaques et scrupules chez une fillette de 12 ans. » Signalons aussi le cas de ce jeune dégénéré de 14 ans qui présenta « une bouffée délirante polymorphe » des plus caractéristiques (65). Il y avait chez le petit malade, disent les auteurs (Briand et Borel), une suite d'états « mixtes » dans lesquels prédominaient tantôt l'excitation, tantôt la dépression. On notait en même temps ceci : délire polymorphe peu cohérent avec préoccupations hypocondriaques, obsessions, phobies diverses, interprétations délirantes, idées de doute, illusions visuelles et auditives. Il s'agissait de plus d'un héréditaire et d'un prématuré. Retenons l'incertitude du pronostic dans ces cas car l'évolution vers la démence précoce reste possible (on peut se demander en effet si ce malade n'est pas un hébéphrénique dont la psychose a débuté dans l'enfance).

Tout ce qui touchait de près ou de loin à la dégénérescence intéressait d'ailleurs Briand qui en cela encore se montrait un fidèle disciple de l'école de l'Admission. Mais sur ce chapitre qui est actuellement suffisamment bien connu, on nous permettra d'être bref et nous contenter parfois d'une simple énumération. A côté de deux observations sur l'amnésie chez des débiles (plus ou moins simulée) (20, 24), citons ce cas très instructif rapporté avec Delmas à la Société de

Psychiatrie d'une confusion mentale résiduelle consécutive à une émotion violente (61). Avec Fillassier, Briand publie d'abord deux observations de délire ambitieux chez des dégénérés, l'un dégénéré proprement dit, l'autre débile (32), puis un cas particulièrement intéressant intitulé ainsi : « Dégénérescence mentale, obsessions, vertiges, impulsions conscientes ou inconscientes, appoint alcoolique » (48). Le sujet avait des impulsions au suicide (avec tentatives graves). L'alcool absorbé facilitait en quelque sorte la réalisation de ces impulsions. D'autre part, il avait des vertiges de nature mal déterminée (épilepsie essentielle ou alcoolique ?) sous l'influence desquels, pensent les auteurs, une simple préoccupation obsédante se traduisait probablement en impulsion inconsciente. Signalons aussi le cas d'« onychotrichophagie chez une démente mélancolique » (avec Brissot) (21), l'observation de zoopathie interne (avec Borel) (64), l'observation de ce pseudo-hermaphrodite, infantile, acromégalyque et mélancolique, communiquée avec Salomon à la Société Clinique en 1912 (33) et qui constitue en son genre un exemple rarissime de dégénérescence physique et mentale. La folie par contagion qui relève si souvent de la dégénérescence était bien connue de Briand et c'est de lui que nous tenons les notions les plus certaines que nous avons personnellement acquises sur ce point. Rappelons aussi son travail avec Vinchon sur l'« influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques » (40) et celui avec Vigouroux intitulé « psychose familiale » (25).

Briand s'est toujours beaucoup intéressé à la chirurgie des aliénés. Il a été l'un des premiers à soutenir Picqué dans ses efforts et à lui ouvrir son service. Ils ont publié en collaboration deux travaux (8, 9), dans lesquels ils ont établi que les vraies psychoses post-opératoires étaient extrêmement rares. Si on met à part les cas de neurasthénie simple, de délire toxique et infectieux, de psychoses ayant en fait une toute autre cause que l'opération pratiquée, il reste un nombre infime d'observations authentiques, et ici encore c'est la prédisposition héréditaire qui joue le rôle étiologique principal. Signalons dans le même ordre

d'idées une communication à la Société de Médecine légale (7), dans laquelle Briand montre combien complexe est le problème de savoir qui a le droit d'autoriser une opération chez l'aliéné : ce dernier n'a évidemment pas qualité pour donner cette autorisation, la famille peut être divisée ou avoir un intérêt à la mort du malade, c'est en somme à l'aliéniste et à l'Administration de prendre leurs responsabilités en ayant toujours en vue le salut du patient. Mais il est certain que la question n'est pas encore juridiquement tranchée et qu'il faut être très prudent dans certains cas délicats.

Les maladies nerveuses organiques ont été relativement moins étudiées par Briand que les psychoses fonctionnelles. Cependant ici encore son activité scientifique a été féconde. Signalons d'abord une observation d'athétose chez un débile (16) et le cas très intéressant publié avec Bonhomme (avec autopsie) de « syndrome glosso-labio-laryngé à évolution rapide par lacune protubérantielle » (30). Au sujet du tabès et de la paralysie générale, il a fait plusieurs travaux. Citons notamment : les deux observations publiées avec Cololian (6) d'hallucinations à caractère pénible dans le tabès dorsalis (importance dans ces cas de tares héréditaires) ; l'observation communiquée avec Vinchon à la Société Clinique (41) intitulée : « Amaurose, tabès et troubles mentaux » ; l'étude faite avec Antheaume et Trénel des modifications de la réflexivité dans les différentes périodes de la paralysie générale et basée sur 60 observations (5) ; le cas de paralysie générale juvénile étudié avec Reboul-Lachaux (79) ; enfin les recherches de laboratoire faites avec Rouquier sur les « variations du taux du glucose, de l'albumine et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux » (80). Mais c'est dans le domaine de l'aphasie que Briand fit œuvre vraiment originale. Il montra, ensemble avec Brissot, combien il faut être prudent dans l'appréciation de l'état mental des aphasiques et qu'il ne faut pas voir un affaiblissement démentiel là où il n'y a le plus souvent qu'une légère diminution des facultés intellectuelles. Nous reviendrons encore sur ce point plus loin, en parlant



de ses travaux médico-légaux. Citons cependant ici deux observations caractéristiques : 1. (23) : « Un cas d'aphasie motrice pure sans surdité ni cécité verbales chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable ». Cette femme était restée aphasique pendant 14 années et malgré deux gros foyers de ramollissement n'a jamais présenté de signes de démence. 2. (29) : « Aphasie sensorielle et anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire. Intégrité presque complète des facultés intellectuelles sept ans après le début de l'affection ».

Briand fit paraître toute une série de travaux relatifs à la médecine militaire. Mentionnons simplement sans y insister ceux qui n'ont trait qu'à des questions ayant un intérêt purement administratif et médico-légal : avec Haury (55) et Kalt (56) il étudie la simulation, avec Chavigny (60) la question de la réforme des aliénés, avec Roubinovitch « l'état antérieur dans l'appréciation de l'invalidité résultant d'accidents de guerre » (54), il associe enfin Delmas (58), puis Rouquier (81) à des publications s'occupant de la réforme et des pensions de certains psychopathes et pithiatiques. L'étude clinique des différents troubles mentaux de guerre a été poussée par Briand très loin, et il y consacra un grand effort. Citons tout d'abord l'article fait en collaboration avec Rouquier (82) sur « les psychoses dans l'armée », deux publications avec Philippe (53, 57) sur certains troubles de la parole et de l'audition d'origine émotionnelle, deux communications à la Société de Médecine légale : sur les comitiaux à l'armée (35) et sur les toxicomanes et la mobilisation (50). Nous devons nous arrêter davantage sur trois travaux consacrés : aux obsédés, aux fugeurs, aux mélancoliques. Dans le premier de ces travaux (52) marqué au coin du sens clinique le plus fin, il montre « les obsédés sur le champ de bataille », insiste sur le rôle de la dégénérescence héréditaire et indique qu'il est nécessaire d'apprécier chaque cas au point de vue médico-légal. Dans le second (51), il parle des fugeurs « anormaux » parmi lesquels figurent les représentants de toutes les formes mentales, depuis les déments qui s'en vont sans savoir où ni pourquoi, des alcoolici-

ques chroniques en cours d'ivresse délirante ou de période onirique, des débiles qui reviennent pour quelques jours chez eux sans permission, des épileptiques en proie à un délire post-comitial, des vésaniques, des obsédés, jusqu'à des confus, par traumatisme cérébral ou violent choc moral, affolés ou angoissés, etc., etc. Il conseille de ne pas oublier le rôle de l'hérédité, de la dégénérescence et de la prédisposition remontant parfois à l'enfance. Dans le travail consacré aux « désertions, fugues dans les petits états mélancoliques », écrit en collaboration avec Delmas (59), on trouve une analyse extrêmement remarquable de toute une catégorie de déprimés plus ou moins anxieux qui s'enfuient sous l'influence d'un état pathologique peu prononcé mais réel et essentiellement récidivant. Les auteurs ont réussi à isoler, semble-t-il, un type clinique presque nouveau qui s'apparente peut-être d'un côté avec certaines formes de la psychose maniaco-dépressive et de l'autre côté avec le déséquilibre mental des dégénérés classiques. Il s'agit en tout cas d'un syndrome très particulier dont les auteurs ont les premiers donné une description clinique d'ensemble et auquel leur nom mérite d'être attaché à l'avenir.

La médecine légale a toujours vivement intéressé Briand et des travaux importants témoignent de cet intérêt. Il a consacré plusieurs publications à étudier la question de l'utilisation de certains débiles sans volonté par des criminels conscients qui agissent ainsi pour n'assumer en apparence que le rôle de complices tandis qu'ils sont en fait les vrais coupables, car le débile n'accomplit en l'espèce l'acte délictueux ou criminel que sur l'instigation d'autrui. Dans sa communication de novembre 1913 à la Société de Médecine légale (34), il a bien mis en lumière ce fait paradoxal que l'instigateur principal échappe à la justice ou s'il est pris passe au rang de simple complice, alors qu'il est en réalité le seul coupable. Citons encore dans le même ordre d'idées, trois autres publications : avec Vinchon : « utilisation de deux débiles pour commettre des escroqueries et des tentatives de chantage dans les milieux religieux » (39), avec Salomon : « utilisation d'un débile délirant pour commettre des escro-

queries » (43), avec Borel : « débilité intellectuelle et morale d'un jeune garçon utilisée par un professionnel du vol » (63). Plusieurs communications à la Société Clinique ont trait à des aberrations sexuelles : deux avec Salomon : « faux exhibitionnisme, attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins alcooliques dont l'un est atteint de psychose intermittente » (44), « épilepsie avec impulsions érotiques ; fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins » (45) ; une avec Borel : « pédophilie et fétichisme » (62). Nous devons aussi mentionner quelques travaux sur les sujets les plus divers de médecine légale psychiatrique, travaux auxquels il associa plusieurs de ses élèves : Tissot : deux observations d'« aliénés délirants processifs » (10) ; Brissot : deux observations d'« aliénés processifs non délirants » (17) ; Porcher : « les douteurs déterreurs de cadavres » (66) ; Salomon : « un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique » (46) et « iconoclastes justiciers protestataires et mystiques » (49). Sur la médecine légale civile des aliénés, nous possédons deux travaux importants de Briand et de son collaborateur Brissot écrits tous les deux en 1925 : « intervalles lucides et capacité juridique des aliénés » (90), travail dans lequel le lecteur trouvera une mise au point intéressante de la question et un historique remontant au code Justinien et aux légistes du moyen âge ; « la médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique ». Ce dernier travail est un rapport présenté à la XXIX<sup>e</sup> session du Congrès des aliénistes tenue à Paris (91). Il est très complet et montre toute la difficulté et toute la complexité des problèmes à résoudre. Mais comme le disent les auteurs, « c'est surtout à l'occasion des aphasiques moteurs ou sensoriels que surgissent les problèmes médico-légaux. Ils sont d'autant plus fréquents que de tels malades se laissent facilement dominer par une volonté supérieure à la leur ». Briand et Brissot estiment que dans certains cas l'aphasique conserve assez d'intelligence et de résistance morale pour n'avoir besoin d'aucune mesure qui le protège, dans d'autres, au contraire, il sera indiqué de lui faire nommer un conseil judiciaire ou même de

procéder à l'interdiction. Pour terminer ce chapitre, signalons enfin trois travaux d'ensemble : « le secret médical à l'étranger » (19) ; « les stupéfiants et la santé publique » (83), rapport présenté par Briand et Cazeneuve en juillet 1921 au nom de la Ligue d'Hygiène mentale ; « l'opportunité d'une réglementation internationale de la vente de quelques substances toxiques » (85) (Briand et Livet).

Parmi les travaux et rapports relatifs à des questions d'assistance, contentons-nous de signaler son mémoire sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés (14) dans lequel se trouve exposée la pratique suivie dans son service de Villejuif où les femmes tuberculeuses étaient depuis longtemps soignées de la façon la plus rationnelle, et son rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique (13) sur l'assistance médicale aux aliénés curables dans lequel se trouve préconisée l'extension à ces malades des dispositions de la loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite.

Nous avons passé en revue les principaux travaux scientifiques de Marcel Briand. Il nous faut maintenant donner son *curriculum vitæ* et mentionner les différentes étapes de sa carrière médicale et administrative. Briand naquit à Angoulême le 28 février 1853. Son père était notaire. C'est là qu'il fut élevé par son père et ses grands-parents maternels, sa mère étant décédée quand il était encore tout enfant. Il fit ses études classiques au lycée d'Angoulême et celles-ci terminées partit à Paris pour y faire sa médecine. Il se sentit de bonne heure attiré vers la psychiatrie. Il fit la connaissance de Baillarger qui, sachant que l'aliénation mentale l'intéressait, le recommanda à Magnan dont il devint l'élève, puis en 1878 l'interne. Il resta pendant quatre ans interne à l'Admission de Ste-Anne et obtint ensuite la médaille d'or de l'internat des Asiles de la Seine. Il fut un assistant modèle et Magnan n'oublia jamais l'aide qu'il lui apporta. Le 15 mars 1908, à son jubilé, il rappela son zèle infatigable, sa compétence, son travail acharné, son dévouement aux malades et son ardeur à réaliser le système du no-res-treint. De son côté, le jeune interne puisa dans ce ser-

vice incomparable le meilleur de son instruction clinique. On peut dire qu'il fut formé et éduqué par Magnan qui lui confia en outre — on l'a vu plus haut — la rédaction de plusieurs de ses leçons restées classiques. Il passa sa thèse, voyagea à l'étranger, puis revint à Paris et fut nommé médecin-adjoint à Sainte-Anne et ensuite médecin-chef à l'Asile de Villejuif. Il y arriva en 1884 et ce fut lui qui en organisa le fonctionnement. Dans une brochure intitulée : « les vingt-cinq premières années de l'Asile de Villejuif » (18), Briand nous raconte d'une façon pittoresque ses débuts pénibles, puis montre le développement croissant de cet établissement qui comporte, on le sait, à l'heure actuelle cinq services médicaux indépendants et qui peut être à bien des égards cité comme un modèle. Mais ce fut lui qui donna l'impulsion première décisive et féconde. Il resta à Villejuif jusqu'en 1912 et vint ensuite à l'Admission où il succéda à Magnan désigné expressément pour ce poste par le Maître lui-même. Il y resta jusqu'en 1921, époque à laquelle il prit sa retraite atteint par la limite d'âge. Pendant la guerre, il fut d'abord mobilisé à Langres, puis rappelé à Paris fut chargé de l'organisation et de la direction d'un service de psychiatrie au Val-de-Grâce, tâche dont il s'acquitta à merveille. Il mourut le 2 février 1927. Les distinctions et les honneurs mérités ne lui ont pas manqué au cours de sa brillante carrière. Il avait le titre de médecin-expert près les Tribunaux et de médecin-inspecteur des maisons de santé privées du département de la Seine. Il faisait partie du Conseil supérieur d'Hygiène publique, de la Commission consultative supérieure du Service de santé militaire. Plusieurs sociétés scientifiques le comptaient parmi leurs membres et il avait présidé les sociétés suivantes : Médico-psychologique, de Médecine légale, Société Clinique de Médecine mentale. Il avait été membre fondateur de la Société de Psychiatrie et Président de la Septième Commission de la Ligue d'Hygiène et de Prophylaxie mentales (assistance et législation ; armée ; marine). Il avait été fait Commandeur de la Légion d'Honneur.

Pour donner une caractéristique d'ensemble de la personnalité et de l'œuvre de notre maître, nous envi-

sagerons successivement : le savant, le clinicien, le médecin d'asile, le fonctionnaire, le médecin légiste, le médecin militaire et enfin l'homme.

Briand n'était pas, dans le domaine de la science psychiatrique, un de ces novateurs qui luttent contre les idées classiques et qui arrivent à bouleverser de fond en comble tout l'édifice traditionnel, quitte à être un jour traités à leur tour de retardataires et à se voir dépasser par des théories plus hardies et plus modernes. Il avait adopté, au cours de sa jeunesse médicale, les conceptions de Magnan et leur resta fidèle. Mais ces conceptions il les connaissait et les comprenait à fond, et notamment la première de toutes : à savoir la nécessité d'avoir une classification rigoureuse et de s'y conformer. Pas de science psychiatrique sans une classification adéquate aux faits cliniques. Principe excellent et qui est la condition même de tout progrès scientifique, à condition bien entendu de ne pas oublier que certains faits sont encore trop peu étudiés pour être classés d'une manière définitive. Mais, à part cette réserve nécessaire, on préférera sans doute cette conception à celle plus moderne peut-être, mais à coup sûr moins féconde, qui consiste à faire de toutes les psychoses une sorte de bloc où se trouvent rangés pêle-mêle les états les plus disparates, à ne distinguer en somme que des syndromes cliniques et non des maladies autonomes. Il attribuait comme son maître une grande importance à l'évolution des maladies mentales et au terrain sur lequel elles se développent. La notion du rôle de l'hérédité et de la dégénérescence n'avait pas de plus chaud partisan que lui et il estimait que cette partie de l'édifice créé par l'École de l'Admission de Ste-Anne était bâtie sur le roc et qu'elle ne périra pas tant qu'il y aura une science psychiatrique. Mais s'il n'a pas créé de théories nouvelles, s'il n'est pas l'auteur d'une classification personnelle, il n'en a pas moins apporté une importante contribution à l'étude des maladies mentales. Près de cent publications témoignent de son effort scientifique. Toutes sont intéressantes et plusieurs d'entre elles consistent des travaux de tout premier ordre. Citons notamment : en dehors de sa thèse devenue classique,

ses communications sur l'encéphalite léthargique qui ont ouvert la voie à l'étude des complications mentales de cette maladie, puis ses travaux sur les intoxications, sur l'aphasie, enfin l'ensemble de son œuvre dans le domaine de la médecine militaire psychiatrique qui est absolument remarquable et qui lui survivra. Nous nous arrêtons là dans cette énumération, car si on voulait être complet il faudrait presque recommencer toute la première partie de notre article. Mais nous conseillons aux jeunes qui étudient tel ou tel chapitre de psychiatrie de ne pas passer outre lorsqu'ils rencontreront dans leurs recherches bibliographiques le nom de Briand : ils consulteront toujours avec fruit ce qu'il a écrit et qu'ils sachent en tout cas que cet homme probe et scrupuleux n'altérerait jamais la vérité et que ce qu'il dit avoir vu il l'a réellement vu et rencontré ; ils peuvent avoir toute confiance en sa parole et considérer ses constatations comme réelles et soigneusement vérifiées. Le professeur Claude a caractérisé en ces quelques mots et d'une façon parfaite les traits principaux de ses travaux scientifiques : « la clarté, le bon sens, l'analyse soignée des faits en s'abstenant d'interprétations hasardeuses à caractère psychologique, reflétant souvent beaucoup plus les tendances de l'observateur que les expressions de la maladie ». Mentionnons aussi que Briand aimait fréquenter les réunions scientifiques. Il s'intéressait beaucoup aux discussions et souvent y prenait part, toujours d'un ton courtois, sans âpreté ni méchanceté. Il aimait communiquer les résultats de sa riche expérience et aussi se tenir au courant de ce qu'ont fait les autres et suivre les progrès de la science.

En tant que clinicien, Briand était absolument hors de pair. Il connaissait à fond les aliénés, savait les interroger, prévoyait leurs réactions, était en un mot un aliéniste de tout premier ordre, comme on n'en voit peut-être plus beaucoup à notre époque où l'étude théorique (et souvent purement verbale et philosophique) des maladies mentales tend à remplacer la science clinique de nos devanciers. Il avait un remarquable sens clinique, savait en quelques mots rendre

le malade confiant et lui faire dire l'essentiel. On était parfois étonné de cette rapidité que ceux-là seuls n'appréciaient pas à sa valeur qui ne savaient pas que cette rapidité, ce coup d'œil, étaient dus à une longue expérience antérieure. D'ailleurs, dans les décisions qu'il prenait, il était toujours très prudent, ne se décidait pas à la légère et ne signait un certificat qu'après mûre réflexion. C'était un clinicien auquel on pouvait se fier. On avait avec lui le même sentiment de sécurité qu'avec un bon chirurgien qui connaît l'anatomie et qui est maître de son art.

En règle générale, tant vaut le savant et le clinicien, tant vaut aussi le médecin d'Asile. Aussi Briand fut-il un Chef de service parfait et pleinement à la hauteur de sa tâche. Il avait été jadis le bras droit de Magnan lorsque ce dernier, il y a près de cinquante ans, avait entrepris — et réalisé — le no-restreint. Aucun moyen de contrainte n'était toléré dans son service, il était intransigeant sur ce point et n'admettait à cette règle aucune exception. Tout le monde avait applaudi à son passage de Villejuif à l'Admission où il continua la tradition de Magnan. Il a formé de nombreux élèves et si on voulait citer ceux qui ont à leur tour conquis la maîtrise, on n'aurait que l'embarras du choix. Quand l'heure de la retraite avait sonné, il céda sa place à Colin, autre élève de Magnan et qui avait été aussi son interne à Villejuif. On peut dire que tous les deux se sont montrés dignes de continuer la tradition de leur maître. C'est le meilleur éloge qu'on puisse en faire.

Briand a toujours vécu en bons termes avec l'Administration. Il était un véritable « Directeur médical » dans son service, s'intéressait à tout, s'occupait du personnel, ne laissait pas amoindrir son autorité. Ceci ne l'empêchait pas d'être toujours considéré comme un excellent fonctionnaire et les pouvoirs publics l'appréciaient à sa juste valeur. Il appartenait à cette génération d'aliénistes parisiens qui, aidés par les Bourneville, les Paul Brousse, les Henri Rousselle, ont réussi à faire des asiles de la Seine des établissements modernes à tous points de vue. Il a fallu plusieurs dizai-



nes d'années de travail persévérant et d'effort tenace pour aboutir à la situation actuelle, qui ne peut être appréciée d'ailleurs comme il convient que par comparaison avec ce qui se passe en province où il reste encore tant à faire. Briand a participé à cette œuvre collective, très belle et très noble, coûteuse aussi, mais il professait que les dépenses pour les malades étaient dans un Etat civilisé les plus sacrées et les moins discutables.

Rappelons que Briand fut un médecin légiste très recherché et très écouté. Il mettait volontiers au service de la Justice sa grande expérience d'aliéniste. Ici comme ailleurs il a toujours su se montrer à la hauteur de la tâche qu'il avait assumée.

Pendant la guerre, il fut placé, comme nous l'avons dit plus haut, à la tête du service de psychiatrie du Val-de-Grâce. Ce qu'a été ici son activité, les lecteurs des *Annales* le savent par le discours de Dopter. Il a su grouper autour de lui des collaborateurs d'élite, tels que : Dupré, Dumas, de Fleury, Roubinovitch, Fillasier, Delmas, Livet et mener à bien une besogne formidable. 25.000 observations de psychoses de guerre furent recueillies et classées constituant ainsi une mine inépuisable de documents scientifiques. Comme l'a dit Dopter, « il aimait à tel point l'armée et estimait si haut le sacrifice de ceux qui se battaient pour la défense du pays, qu'il avait placé sa tâche de médecin militaire au premier rang de ses préoccupations ».

Briand était un homme qui inspirait la sympathie à tous ceux qui le connaissaient. Il était foncièrement bon, courtois, très serviable. Il était, selon les paroles de Colin, « d'une activité prodigieuse », se donnant sans compter, allant dans le monde, faisant du tourisme, s'intéressant à toutes les manifestations de la vie, ayant d'ailleurs toujours pour préoccupation principale, pour souci ne le quittant jamais : son service, ses malades, sa science. Patriote ardent, Français jusqu'à la moelle des os, il était dans le domaine philosophique un esprit libre n'admettant aucun exclusivisme haineux et tout en étant éloigné des solutions extrêmes, est resté toujours partisan des idées moder-

nes. Il ressemblait en cela à son illustre maître et à tant d'autres élèves issus de la même grande école.

Briand a eu une vie heureuse à tous points de vue. Il était du reste optimiste de tempérament et n'avait rien d'un esprit chagrin ou morose. Malheureusement, ses dernières années furent assombries par cette terrible et douloureuse maladie à laquelle nous avons déjà fait allusion. Il montra dans cette épreuve une extraordinaire fermeté d'âme. Comme l'a dit si bien Fillassier, dans son article nécrologique, il a montré un véritable « héroïsme devant la douleur et sous l'étreinte de la mort ». Il a lutté pied à pied avec la maladie, ne s'est jamais laissé abattre, a fait preuve d'un courage surhumain. Nous l'avons tous admiré dans l'adversité comme nous l'avons estimé et aimé pendant ses années heureuses. Son souvenir ne s'effacera jamais de nos mémoires. Il y restera comme celui d'un homme juste et bon, connaissant à fond son métier, ayant honoré notre profession et ayant bien servi la science et le pays.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Du délire aigu. — *Thèse*, Paris, 1881.
2. Note sur un cas d'empoisonnement par l'arsenic. — *Société de Méd. légale*, novembre 1882.
3. Les impulsions chez les enfants. — *Société M.-P.*, octobre 1882.
4. Note pour servir à l'histoire des amnésies toxiques produites par l'oxyde de carbone. — *Société de Méd. légale*, février 1889.
5. Etude statistique des modifications de la réflectivité dans les différentes périodes de la p. g. (avec Antheaume et Trénel). — *Société M.-P.*, février 1894.
6. Hallucinations à caractère pénible dans le tabes dorsalis (avec Cololian). — *Société M.-P.*, décembre 1896.
7. De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal. — *Société de Méd. légale*, mai 1898.
8. Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la nature de l'opération chirurgicale peut jouer dans leur production (avec Picqué). — *Société de Chirurgie*, mars 1898.
9. Nouvelle contribution à l'étude des psychoses post-opératoires (avec Picqué). — *Archives de Neurologie*, 1903, n° 87.

10. Aliénés délirants processifs (avec Tissot). — *Société de Médecine légale*, mai 1904.

11. Morphinomanisme familial par contagion (avec Tissot). — *Archives de Neurologie*, juillet 1905.

12. Traitement de l'épilepsie par la méthode de Bechterew (avec Halberstadt). — *Archives Générales de Médecine*, 1905.

13. L'Assistance médicale aux aliénés curables. — *Rapport au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique*, 1905.

14. Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. — *Rapport au Congrès de la Tuberculose*, 1905.

15. Intoxication oxycarbonée collective en automobile par les gaz du moteur. — *Société de Méd. légale*, juillet 1907.

16. Athétose familiale double et croisée chez une débile persécutée. — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1908.

17. Aliénés processifs non délirants (avec Brissot). — *Société de Méd. légale*, décembre 1908.

18. Les vingt-cinq premières années de l'Asile de Villejuif. — *Rapport à la Préfecture de la Seine*, 1909.

19. Le secret médical à l'étranger. — *Société de Méd. légale*, 1909.

20. Amnésie rétrograde partielle chez une débile ou fabulation. — *Société Clinique de Méd. mentale*, mai 1909.

21. Un cas d'onycho-tricophagie chez une démente mélancolique (avec Brissot). — *Société Clinique de Méd. mentale*, janvier 1909.

22. Pathogénie de certaines formes délirantes associées. Coexistence de l'épilepsie avec une vésanie. Action convergente de la double hérédité (avec Brissot). — *Annales M.-P.*, mai-juin 1909.

23. Un cas d'aphasie motrice pure sans surdité ni cécité verbales chez une femme polyglotte n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel notable (avec Brissot). — *Société Clinique de Méd. mentale*, juillet 1909.

24. Amnésie rétroactive simulée par une débile. Fabulation. — *Société Clinique de Méd. mentale*, mars 1910.

25. Psychose familiale (avec Vigouroux). — *Société Clinique de Méd. mentale*, mars 1910.

26. Obsessions, microbophobie, préoccupations hypochondriaques et scrupules chez une fillette de douze ans (avec Brissot). — *Société Clinique de Méd. mentale*, juillet 1910.

27. Un cas de confusion mentale à évolution chronique en rapport avec l'apparition de la Comète de Halley (avec

Brissot). — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1910.

28. La mort par suffocation dans l'épilepsie au cours d'attaques convulsives survenues pendant le sommeil. — *Société de Méd. légale*, juin 1911.

29. Aphasie sensorielle avec anarthrie et syndrome pseudo-bulbaire. Intégrité presque complète des facultés intellectuelles sept ans après le début de l'affection (avec Brissot). — *Société Clinique de Méd. mentale*, mars 1911.

30. Syndrome glosso-labio-laryngé à évolution rapide par lacune protubérantielle (avec Bonhomme). — *Société Clinique de Méd. mentale*, novembre 1911.

31. Les priseurs de cocaïne (avec Vinchon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, novembre 1912.

32. Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts chez un dégénéré et délire ambitieux chez une débile. Comparaison (avec Fillassier). — *Société Clinique de Méd. mentale*, novembre 1912.

33. Infantilisme avec dégénérescence mentale. Acromégalie. Cryptorchidie. Dépression mélancolique. Préoccupations hypocondriaques. Amélioration de l'état mental à la suite du traitement opothérapique (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1912.

34. Du danger que font courir à la société les faibles d'esprit utilisés pour commettre des crimes ou des escroqueries. — *Société de Méd. légale*, novembre 1913.

35. Les comitiaux à l'armée. — *Société de Méd. légale*, juillet 1913.

36. Un singe cocaïnoman. — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1913.

37. La première victime des bombes asphyxiantes. — *Société Clinique de Méd. mentale*, avril 1913.

38. Le sevrage brusque dans le morphino-cocaïnisme. — *Société Clinique de Méd. mentale*, novembre 1913.

39. Utilisation de deux débiles pour commettre des escroqueries et des tentatives de chantage dans les milieux religieux (avec Vinchon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, janvier 1913.

40. Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques (avec Vinchon). — *Annales M.-P.*, février 1913.

41. Amaurose, tabes et troubles mentaux (avec Vinchon). — *Société clinique de Méd. mentale*, avril 1913.

42. Troubles intellectuels à forme démentielle avec apraxie passagère, consécutifs à une intoxication par

l'oxyde de carbone (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, février 1913.

43. Utilisation d'un débile délirant pour commettre des escroqueries (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, mai 1913.

44. Faux exhibitionnisme, attentats à la pudeur par deux dégénérés saturnins alcooliques dont l'un atteint de psychose intermittente (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, avril 1913.

45. Epilepsie avec impulsions érotiques ; fétichisme du mouchoir chez un frôleur ; fétichisme de la soie chez une voleuse de grands magasins (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, mai 1913.

46. Un maculateur de statues agissant dans un but philanthropique (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, mai 1913.

47. Epilepsie et délire d'interprétation (avec Mlle Iménitoff). — *Société Clinique de Méd. mentale*, janvier 1914.

48. Dégénérescence mentale. Obsessions. Vertiges. Impulsions conscientes ou inconscientes. Appoint alcoolique (avec Fillassier). — *Société Clinique de Méd. mentale*, janvier 1914.

49. Iconoclastes justiciers protestataires et mystiques (avec Salomon). — *Société Clinique de Méd. mentale*, mai 1914.

50. Les toxicomanes et la mobilisation. — *Société de Méd. légale*, novembre 1914.

51. Les fugueurs à l'armée. — *Société de Méd. légale*, février 1915.

52. Les obsédés sur le champ de bataille. — *Société de Méd. légale*, avril 1915.

53. L'audimutité rebelle d'origine émotionnelle (avec Philippe). — *Progrès médical*, 1916, n° 15.

54. De l'état antérieur dans l'appréciation de l'invalidité résultant d'« accidents de guerre » (avec Roubinovitch). — *Société de Méd. légale*, janvier 1916.

55. Rôle de la complicité dans la simulation ou la provocation des maladies (avec Haury). — *Société de Méd. légale*, février 1916.

56. Maladies simulées et maladies provoquées dans l'armée (avec Kalt). — *Société de Méd. légale*, février 1917.

57. Un cas de bégaiement paroxystique d'origine émotionnelle (avec Philippe). — *Progrès médical*, août 1917.

58. Sur la liquidation des indemnités aux militaires « persévérateurs » atteints de troubles fonctionnels hysté-

riques (avec Delmas). — *Société de Méd. légale*, octobre 1917.

59. Les désertions-fugues dans les petits états mélancoliques (avec Delmas). — *Société de Méd. légale*, octobre 1918.

60. La réforme des militaires atteints d'aliénation mentale (avec Chavigny). — *Société de Méd. légale*, 1919.

61. Un cas de confusion mentale résiduelle (avec Delmas). — *Société de Psychiatrie*, octobre 1919.

62. Pédophilie et fétichisme (avec Borel). — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1920.

63. Débilité intellectuelle et morale d'un jeune garçon utilisée par un professionnel du vol (avec Borel). — *Société Clinique de Méd. mentale*, novembre 1920.

64. Deux accès de zoopathie interne chez le même malade. Guérison (avec Borel). — *Société Clinique de Méd. mentale*, juillet 1920.

65. Bouffée délirante polymorphe chez un dégénéré de 14 ans (avec Borel). — *Société Clinique de Méd. mentale*, février 1920.

66. Les douteurs déterreurs de cadavres (avec Porcher). — *Société Clinique de Méd. mentale*, janvier 1920.

67. Un cas d'encéphalite épidémique avec onirisme nocturne et hypomanie chez un enfant de 9 ans (avec Borel). — *Société Clinique de Méd. mentale*, juin 1920.

68. Les formes mentales de l'encéphalite épidémique (avec Rouquier). — *Société M.-P.*, janvier 1920.

69. Les formes mentales de l'encéphalite épidémique (avec Rouquier). — *Congrès de Strasbourg*, 1920.

70. Les formes délirantes de l'encéphalite léthargique (avec Rouquier). — *Société Méd. des Hôpitaux*, février 1920.

71. Encéphalite épidémique et diabète insipide (avec Rouquier). — *Société Méd. des Hôpitaux*, juin 1920.

72. De l'origine infectieuse ou toxinique probable de certains troubles moteurs de type anorganique (avec Rouquier). — *Presse méd.*, juillet 1920.

73. Les fumeurs de jusquiame (avec Livet). — *Société de Méd. légale*, février 1920.

74. Notes documentaires sur le cannabis. Les fumeurs de Gandia (avec Livet). — *Société de Méd. légale*, janvier 1921.

75. Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique au point de vue médico-légal. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, novembre 1921.

76. Contribution à l'étude des séquelles psychopathiques de l'encéphalite épidémique (avec Rouquier). — *Congrès de Luxembourg*, 1921.

77. Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants (avec Reboul-Lachaux). — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1921.

78. Séquelles d'encéphalite épidémique : troubles du caractère et excitation psychomotrice à exacerbation nocturne (avec Porcher). — *Société Clinique de Méd. mentale*, avril 1921.

79. Hérédospécificité et paralysie générale (avec Reboul-Lachaux). — *Société Clinique de Méd. mentale*, juillet 1921.

80. Des variations du taux du glucose, de l'albumine et de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux (avec Rouquier). — *Société Méd. des Hôpitaux*, février 1921.

81. L'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions militaires en ce qui concerne les états psychopathiques congénitaux et les manifestations pithiatiques (avec Rouquier). — *Société de Méd. légale*, janvier 1921.

82. Les psychoses dans l'armée (avec Rouquier). — *Archives de Méd. et de Pharmacie militaires*, février 1921.

83. Les stupéfiants et la santé publique. La loi du 12 juillet 1916 doit-elle être réformée ? (avec Cazeneuve). — *Rapport au nom de la Ligue d'Hygiène mentale*, juillet 1921.

84. Les Associations narcotiques et onirogènes en méd. légale (avec Livet). — *Société de Médecine légale*, avril 1922.

85. L'opportunité d'une réglementation internationale de la vente de différentes substances toxiques (avec Livet). — *Société de Méd. légale*, juin 1922.

86. Psychonévrose post-traumatique et comitialité associées. Aura sensitivo-gustative et génitale. — *Société Clinique de Méd. mentale*, décembre 1922.

87. Importance de l'onirisme comme signe de début dans le diagnostic de l'encéphalite épidémique (avec Fribourg-Blanc). — *Société de Psychiatrie*, février 1923.

88. Deux cas d'épilepsie avec aura gustative et olfactive (avec Jude). — *Société Clinique de Méd. mentale*, février 1923.

89. Aura épileptique anormalement prolongée (avec Costedoat). — *Société clinique de Méd. mentale*, juillet 1924.

90. Intervalles lucides et capacité juridique chez les aliénés (avec Brissot). — *Annales M.-P.*, avril 1925.

91. La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique (avec Brissot). — *Rapport au Congrès de Paris*, 1925.

# DÉLIRE D'INFLUENCE ET TUMEUR CÉRÉBRALE

Par O. CROUZON, H. BARUK et COSTE

---

La question de la pathogénie des délires chroniques qui a déjà donné lieu à tant de controverses est de nouveau très débattue : deux thèses s'opposent, en effet, continuellement ; l'une se plaçant sur le terrain psychologique et recherchant, dans des perturbations affectives ou dans des dispositions constitutionnelles, l'origine du délire ; l'autre se plaçant sur le terrain organique et attribuant la cause de la maladie à des atteintes cérébrales. Sans entrer dans la discussion des diverses hypothèses émises sur ce sujet, nous ferons remarquer qu'il serait extrêmement désirable que des faits précis et notamment des observations anatomo-cliniques nombreuses soient apportées à ce débat. Les psychoses organiques sont, en effet, encore insuffisamment connues et leur étude est susceptible, pensons-nous, d'apporter quelque lumière sur certains points encore très obscurs de la psychiatrie.

Ce sont ces considérations qui nous ont incités à rapporter ici une observation dans laquelle on a vu évoluer pendant plus de 5 ans, d'une façon concomitante, un délire de persécution tout à fait caractéristique, et quelques signes somatiques, d'ailleurs relativement discrets, en rapport avec une tumeur cérébrale. Durant presque toute l'évolution de la maladie, la malade a été soignée comme une délirante banale. Ce ne sont que les accidents terminaux qui ont pu attirer l'attention sur l'existence d'une tumeur cérébrale, vérifiée à l'autopsie, et dont le développement très lent s'est surtout traduit pendant plusieurs années par des troubles psychiques.



Voici notre observation :

Le 1<sup>er</sup> mars 1927, entrant à La Salpêtrière, dans le service des Chalets, une malade de 49 ans, paraissant extrêmement fatiguée, et se plaignant de souffrir violemment de la tête. Elle restait immobile dans le décubitus dorsal, semblant redouter très vivement le bruit et la lumière.

Lorsqu'on l'interrogeait, on obtenait des réponses assez rapides, mais souvent entrecoupées de gémissements. Elle paraissait, en outre, si fatiguée qu'on ne pouvait prolonger la conversation. Cependant on était immédiatement frappé de l'existence de deux ordres de troubles psychiques :

1° un *état confusionnel* : la malade semblait mal orientée, obnubilée ; elle faisait en outre de fausses reconnaissances disant à l'un de nous « Bonjour, Robert » et le prenant pour un de ses parents.

2° des *idées délirantes de persécution et d'influence* : elle disait, en effet, qu'elle avait été depuis de longues années l'objet de poursuites et de persécutions de toutes sortes de la part de sa propriétaire, des gens de Montreuil, etc... Elle se plaignait surtout et à de nombreuses reprises d'être *suggestionnée* ; elle disait que les *Américains la poursuivaient, qu'ils l'hypnotisaient à distance, qu'ils lui causaient par T. S. F.* Il nous fut impossible, en raison de la fatigue extrême de la malade et de l'évolution rapide de la maladie, de préciser d'une façon plus approfondie les caractères de ces idées délirantes et de lui demander en quoi consistait cette action à distance dont elle se plaignait particulièrement.

L'*examen neurologique* montrait les caractères suivants :

1° un *syndrome de Weber* : paralysie du moteur oculaire commun à droite (ptosis, mydriase et strabisme externe) ; hémiparésie gauche avec de ce côté signes pyramidaux, en particulier signe de Babinski.

2° un *syndrome thalamique* gauche caractérisé par des douleurs très violentes dans les membres du côté gauche, particulièrement dans le membre supérieur ; il existait en outre de ce côté des troubles de la sensibilité objective, notamment des troubles importants des sensibilités thermiques et douloureuses. La sensibilité tactile et musculaire paraissait relativement indemne, autant que permettait d'en juger l'état de fatigue de la malade.

L'*examen oculaire*, pratiqué par Mme Schiff-Wertheimer, montrait, outre la paralysie complète du III du côté droit, une stase papillaire bilatérale surtout marquée à droite.

La ponction lombaire donnait les résultats suivants :

Tension au manomètre de Claude : 45 (en position couchée).

Albumine : 0,42 cg.

Cellules : 1,4 (à la cellule de Nageotte).

Benjoin : 00122122210.

Wassermann : H<sup>e</sup>.

Wassermann dans le sang : H<sup>s</sup>.

Urée sanguine : 0 gr., 29 centigr.

*Evolution.* — L'état de la malade s'aggrave rapidement ;

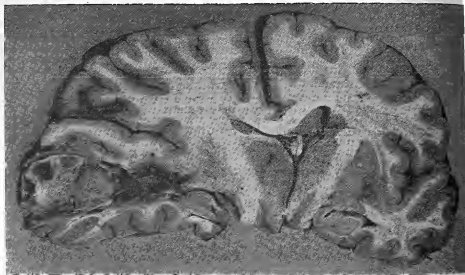


FIG. 1

une torpeur s'installe de plus en plus accentuée. La malade meurt subitement le 25 mars 1927.

*Autopsie.* — A l'inspection du cerveau, on constate une augmentation de volume très accentuée de tout l'hémisphère droit, qui comprime l'hémisphère gauche. Les circonvolutions de l'hémisphère droit sont étalées. L'aspect des méninges est normal.

Sur une série de coupes frontales, faites d'avant en arrière, on peut observer la tumeur, et en préciser l'étendue. On voit une tumeur à limites imprécises, d'aspect hémorragique par endroits, kystique en d'autres points, située dans l'épaisseur du lobe temporal droit. En bas, la tumeur

s'étend jusqu'au voisinage de la face inférieure du cerveau : en haut, elle atteint le lobe pariétal ; en dedans, elle envahit la capsule interne, la *couche optique*, et les corps striés.

La *cavité du ventricule latéral* est particulièrement atteinte ; particulièrement au niveau de la *corne sphénoïdale* ; à ce niveau, la cavité ventriculaire est envahie, et remplie d'un exsudat kystique néoplasique adhérent aux parois ventriculaires et se prolongeant dans le tissu cérébral environnant.

Sur les coupes plus antérieures, la cavité ventriculaire, notamment son pôle frontal, apparaît très tassée, réduite, et refoulée par le processus néoplasique.

A sa partie inférieure, la tumeur infiltre profondément les circonvolutions temporo-occipitales, et surtout la *circonvolution de l'hippocampe* ; celle-ci, œdématiée et saillante, forme un véritable bourrelet faisant hernie à la face inférieure du cerveau, et *comprimant et étranglant le nerf moteur oculaire* commun à sa sortie du névraxe.

En dehors des zones tumorales visibles, on constate, à la palpation, une extension très étendue du gliome, par suite de la consistance particulièrement molle de tout le tissu cérébral dans presque toute l'étendue de l'hémisphère.

La photographie que nous reproduisons ci-dessus donne une idée de l'aspect de la tumeur et de son extension.

L'hémisphère sain (gauche) apparaît refoulé, et ses cavités ventriculaires sont très dilatées.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'il s'agit de gliome.

Telle est l'histoire de cette malade durant les quelques jours qu'elle a passés dans notre service. Mais, nous n'avons assisté qu'à la période tout à fait terminale de la maladie. La malade a présenté, en effet, depuis plusieurs années, des troubles variés, principalement psychiques, pour lesquels elle était en traitement, à la consultation de la Salpêtrière, par le Docteur P. Camus. Le Docteur Camus nous a très aimablement communiqué l'observation de cette malade ainsi qu'un très grand nombre de lettres qu'elle lui a adressées. Nous l'en remercions très vivement. D'autre part, il nous a appris que cette malade avait été internée, il y a deux ans, à l'asile de Maison-Blanche, après être passée par l'Infirmerie Spéciale. Nous avons pu nous procurer, tant auprès du D<sup>r</sup> Capgras, qui l'a soignée à

Maison-Blanche, qu'auprès du D<sup>r</sup> de Clérambault, qui l'a examinée à l'Infirmierie spéciale, des renseignements précieux. Enfin, nous nous sommes rendus au domicile de la malade et avons pu interroger ses parents, notamment sa fille, sur le début et la marche des différents troubles qu'elle a présentés. C'est donc à l'aide de ces diverses sources que nous avons pu reconstituer, de la façon suivante, son histoire clinique antérieure à son entrée à la Salpêtrière.

Le début de la maladie remonte à il y a 6 ans. Jusqu'à-là, la malade paraissait absolument normale : c'était une femme active, énergique, de caractère doux, facile, s'occupant avec beaucoup de soins de ses enfants et de son ménage, et ne présentant dans sa constitution mentale aucun élément de type paranoïaque. Tout au plus pouvait-on noter une certaine émotivité, une tendance à s'inquiéter facilement, tendance d'ailleurs explicable en partie par le caractère de son mari, manifestement débile, éthylique, et qui devait donner à son entourage quelques sujets d'inquiétudes.

Cependant, la malade restait gaie, travaillait beaucoup, et semble avoir été une mère de famille modèle. En 1914, au début de la guerre, commencèrent quelques difficultés entre la famille de la malade et le propriétaire de l'immeuble qu'elle habitait, au sujet de question de paiement de loyer. On échangeait des mots désagréables, et il existait une hostilité à peu près permanente. En outre, vers 1920, survinrent des difficultés d'argent : la malade devait travailler énormément, pour subvenir aux besoins de sa famille, et se surmenait beaucoup. Toutefois, jusqu'à cette époque, elle *supportait allègrement* toutes ces difficultés, faisait preuve de la plus grande activité, et ne paraissait pas, outre mesure, préoccupée de sa situation.

C'est aux environs de l'année 1921, que son caractère commença peu à peu à changer. A cette époque, sa santé, jusque-là très robuste, sembla donner des signes de fléchissement ; elle se plaignait de quelques maux de tête ; une nuit, elle fut prise brusquement d'une *céphalée absolument atroce*, lui arrachant des cris, et s'accompagnant d'une certaine obnubilation ;

ces troubles se prolongèrent une partie de la journée suivante. A peu près à la même époque, elle éprouva, brusquement, un jour, alors qu'elle était au cimetière, ce qu'elle appelle dans ses lettres « un transport au cerveau ». Il est difficile de préciser ce qu'elle a présenté à ce moment ; il ne semble pas, en tous cas, qu'elle ait eu d'hémiplégie ni de troubles de la parole. Un autre jour enfin, à la suite d'une colère de son mari, elle présenta un état d'obnubilation qu'elle qualifie elle-même de « dérangement cérébral ».

A partir de la même époque son caractère se modifia. Elle devint sombre, concentrée. Elle pensait sans cesse aux difficultés qu'elle avait avec son propriétaire et accusait continuellement ce dernier de toutes sortes de machinations dirigées contre elle et sa famille. Peu à peu, ses plaintes et ses doléances, d'abord limitées à son propriétaire, s'étendirent aux autres locataires de sa maison, aux habitants de sa commune, et finalement à presque tous les Français. Bientôt, la malade se présenta nettement comme une persécutée processive, récriminant sans arrêt, et écrivant une quantité considérable de lettres et de plaintes. Les quelques passages suivants, extraits de la correspondance considérable qu'elle a adressée au Docteur P. Camus, donnent une idée de son état mental :

« Je désirerais savoir si réellement la bande de *canailles* à qui j'ai eu à faire depuis 4 ans 1/2 va continuer à m'en faire endurer... Maintenant qu'ils ne savent plus quoi me faire on me fait chasser d'où je travaille... Je ne veux pas servir de boîte à ordures (*sic*) aux parisiens, pas plus qu'aux gens de Montreuil, mon mari devrait me faire partir pour empêcher de laisser salir sa femme et sa fille... C'est honteux de se servir du malheur des gens pour en faire un commerce de lâches, etc..., etc... »

Elle signalait : « Une victime de la guerre et de la crapulerie du monde ».

Elle se plaignait surtout d'être insultée, d'être une victime de la presse, des médecins, et *surtout du cinéma*. « C'est l'œuvre de ces coquins, dit-elle dans

une de ses lettres, de ces lâches de la presse, de la jeune génération, *et des metteurs en scène de ciné, œuvres de lâches.* »

Il semble très nettement que ces diverses protestations aient reposé surtout sur des interprétations morbides. Elle se plaignait notamment de voir, dans les journaux, des allusions à sa personne, ainsi que dans les spectacles du cinéma.

Cependant, peu à peu, notamment dans les lettres plus récentes, on trouve certaines allusions qui reviennent constamment à « de la suggestion », « de l'hypnotisme », « de manœuvres de la science », allusions qui permettent de penser qu'aux interprétations et illusions, se sont ajoutées à un moment donné une impression d'emprise de la pensée, de *sentiments d'influence*, en un mot, des éléments du *syndrome d'automatisme mental*, comme en témoignent les lettres suivantes : « Je déteste ce peuple des rues, cette boue, ce résidu de Français... J'attends que la science me venge, elle qui a permis que tout un peuple m'insulte... Je n'ai rien fait, j'ai seulement écrit pour me défendre, *on me persécutait et on me sujétionnait* (sic) *pour me guérir de l'anémie cérébrale.* »

Elle déclara à plusieurs reprises à la Salpêtrière que la « sujétion (sic) était plus forte que tout » ; « J'étais suggestionnée, je craignais la fille de la propriétaire », et elle ajoutait : « *C'est honteux ce que ces gens-là m'ont travaillé la tête, j'avais le cerveau tout brouillé.* »

Il semble que ces divers troubles s'exagéraient la nuit : « ils m'ont tellement torturée cette bande de brutes, P... et toute sa bande d'idiots, *la nuit en dormant* surtout, que je dis : j'aime mieux m'en aller, ils m'en font trop. »

Il semble également qu'il s'agisse d'action sur le corps comme en témoigne la lettre suivante : « Dites leur donc, que leur infamie, c'est dans le sang qu'elle sera lavée, on ne torture pas *physiquement* et *morale-*ment des gens qui ont toujours fait leur devoir. »

En somme, il s'agit, depuis plus de 6 ans, du développement progressif d'un *délire de persécution exten-*

sif, basé sur des interprétations, des illusions, et à une période ultérieure sur certains éléments d'automatisme mental.

Ce délire a évolué *sans aucun affaiblissement intellectuel* ; la malade restait extrêmement lucide, très active, très revendicante ; le D<sup>r</sup> P. Camus, qui l'a observée durant plusieurs années, nous a confirmé ces caractères cliniques.

Le délire était, en outre, systématisé, la malade désignant un certain nombre de ses persécuteurs, le propriétaire, P... et sa bande, etc...

Deux caractères enfin doivent être soulignés ; d'une part, la *conscience relative*, malgré l'intensité du délire, de la nature pathologique de ses troubles ; d'autre part, certaines réactions anxieuses qui ont été notées dans l'observation du D<sup>r</sup> Camus. La conscience de la nature pathologique ressort de la lecture de certaines lettres : « Je suis tombée malade, écrit-elle au D<sup>r</sup> P. Camus, les coquines m'ont fait avoir cette terrible maladie mentale, la persécution. » A plusieurs reprises, elle signale dans ses lettres qu'elle est « atteinte de la folie de la persécution ».

Enfin, fait très important, les différentes lettres de la malade elle-même ne laissent aucun doute sur le *début simultané des troubles cérébraux et des troubles mentaux* : « Il y a juste 4 ans et 8 mois, écrit la malade dans une lettre datée du 10 novembre 1925, qu'ils ont entrepris de me persécuter en m'insultant dans les établissements publics ; quand je suis allée me plaindre à vous, ils ont recommencé de plus belle, cette fois avec les médecins, la police, le ciné..., etc. » Cette période de 4 ans et 8 mois écoulée en 1925 depuis le début de la maladie mentale coïncide exactement avec la date des « transports au cerveau » qui se sont produits en 1921. Elle ajoute : « Quand ma sœur m'a emmenée chez le Docteur Lar..., en 1921, au mois de mars, je venais d'avoir ce dérangement cérébral. » Les lettres mêmes de la malade concordent donc parfaitement sur ce point avec les déclarations de son entourage : les idées délirantes de persécution ont fait leur apparition peu à peu à la suite des premiers troubles cérébraux

(céphalée, obnubilation, etc...), *c'est-à-dire 6 ans avant la mort de la malade.*

Il n'était pas étonnant qu'un délire de persécution aussi actif donnât lieu à quelques réactions. A la suite, en effet, de récriminations, de disputes et de scandales, la malade fut conduite, le 26 juin 1924, à l'Infirmerie spéciale, puis internée à l'Asile de Maison-Blanche où elle resta deux mois, puis fut de nouveau soignée à la Consultation de la Salpêtrière, par le D<sup>r</sup> P. Camus, à qui elle adressa les diverses lettres que nous avons citées plus haut.

Nous reproduisons ci-dessous les certificats qui ont marqué l'entrée de la malade à l'Infirmerie spéciale, puis à Maison-Blanche.

*1° Certificat de l'Infirmerie spéciale (26 juin 1924) :*

« Est atteinte de déséquilibre psychique. Troubles de l'humeur et du caractère. Impulsivité. Colères, injures, scandales. Récriminations. Altercations avec voies de fait. Graphomanie. Lettres extravagantes. Appoint imaginatif ; journaux et cinémas remplis d'allusions à sa personne. Période dépressive en 1914. Peut-être hypomanie actuelle. Incurie de sa situation, aisance, loquacité, affectuosité, euphorie. P. 76 ; R. O.-C. 80. D'après son mari et les voisins, idées de persécution (*sic*) déjà anciennes. Jadis consultante habituelle de la Salpêtrière. » — Signé : D<sup>r</sup> DE CLÉRAMBAULT, le 26 juin 1924.

*2° Certificat du Service de l'Admission à l'asile Ste-Anne :*

« Est atteint du délire des persécutions. » — Signé : D<sup>r</sup> COLIN, le 27 juin 1924.

*3° Certificat immédiat à l'entrée à l'asile de Maison-Blanche :*

« Débilité mentale avec idées de persécution et idées de satisfaction. Interprétations délirantes portant sur les propos des voisins, les articles de journaux, les affiches de cinéma. — Réactions épistolaires. » — Signé : D<sup>r</sup> CAPGRAS (le 28 juin 1924).

Durant son séjour à l'asile de Maison-Blanche, les



idées de persécution subsistent, mais les plaintes de la malade sont moins vives.

Le 31 juillet 1924, le D<sup>r</sup> Capgras signe le certificat de sortie suivant :

« Atteinte de délire de persécutions à base d'interprétations fausses. Est actuellement en rémission. Elle ne rectifie pas ses anciennes conceptions, mais elle n'en parle plus, et n'éprouve aucun trouble mental actuel. Elle se montre calme, serviable, travailleuse, inoffensive. Il est cependant préférable qu'elle ne rentre pas dans sa maison où des discussions avec les propriétaires ont en partie déterminé son délire. Elle peut être rendue à sa sœur qui s'engage à la surveiller. »

En résumé, les constatations et les certificats des nombreux psychiatres qui ont examiné cette malade depuis 1921 jusqu'à 1924 s'accordent à reconnaître qu'elle était atteinte de délire de persécution à base surtout d'interprétations. Les troubles délirants, ou plutôt les réactions qui les accompagnaient se sont quelque peu atténués sans disparaître toutefois durant le séjour que fit la malade à l'asile de Maison-Blanche. Mais dès son retour dans le milieu familial, les troubles délirants et les plaintes épistolaires reparurent et s'aggravèrent de plus en plus. Il semble, en outre, que durant les quelques mois qui précédèrent son hospitalisation dans notre service, la malade ait accusé une fatigue assez marquée, disant que son cerveau était fatigué, qu'elle avait besoin de repos. Certains jours, lorsqu'elle venait à la Consultation du D<sup>r</sup> P. Camus, elle se plaignait de vifs maux de tête. Enfin ces troubles d'ordre somatique se sont particulièrement accentués à la suite d'un petit épisode fébrile qualifié de grippe et survenu en janvier dernier ; depuis lors, la malade a présenté à plusieurs reprises des pertes brusques de connaissance d'allure comitiale.

Il semble, en outre, surtout depuis les derniers mois, que les idées délirantes de persécution et les interprétations morbides se soient accompagnées d'idées d'influence et de toute une série de troubles portant sur la

*pensée* et qui sont à rapprocher de l'automatisme mental. Malheureusement l'évolution si rapide à partir de ce moment de la maladie et l'état de fatigue extrême de la malade ne nous ont pas permis d'étudier avec la précision suffisante ce syndrome d'influence qui semblait s'ébaucher. Cependant les plaintes réitérées de la malade durant les derniers jours de sa maladie, plaintes ayant trait à l'influence des Américains, qui l'hypnotisaient, lui parlaient par T. S. F., etc., ne laissent pas de doute sur l'existence à ce moment chez la malade d'un syndrome d'influence plus ou moins développé.

En résumé, nous trouvons chez cette malade un tableau clinique réalisant d'assez près l'aspect du « délire systématique des persécutions », tel qu'il est décrit par les auteurs classiques. On y retrouve, en effet, une période prodromique d'inquiétude, de concentration mentale entrecoupée d'ailleurs d'incidents somatiques (céphalée, troubles cérébraux), puis les idées délirantes de persécution se précisent, s'affirment, se développent et prennent un caractère progressivement extensif, en même temps qu'elles donnent lieu à des récriminations, des démarches et des lettres incessantes. Tous ces phénomènes vont en s'accroissant de plus en plus durant une période d'environ six ans. Nous ferons remarquer d'ailleurs que les divers aliénistes qui ont examiné cette malade ont abouti au diagnostic de « délire de persécution ».

Quelle était la base psychologique de ce délire de persécution ? En un mot, s'agissait-il d'un délire hallucinatoire chronique type Magnan ou d'un délire d'interprétation du type Sérieux-Capgras ? Il est certain que durant la plus grande partie de son évolution, il semble que ce délire ait surtout reposé sur des interprétations. Les certificats des Docteurs de Clérambault et Capgras en font foi, ainsi d'ailleurs que les observations du Docteur Camus et les lettres de la malade.

Toutefois, les dernières lettres laissent très nettement soupçonner l'existence d'*idées d'influence* : la malade parle à plusieurs reprises de suggestion ; elle dit qu'on lui fatigue le cerveau, qu'on agit sur son corps. Enfin durant son court séjour dans notre service, elle s'est

plainte à plusieurs reprises et de la façon la plus nette qu'on l'hypnotisait, que les Américains lui parlaient par T. S. F., etc... Même durant son séjour à l'asile de Maison-Blanche, le Docteur Capgras, qui l'a observée à ce moment, nous a dit qu'il avait suspecté à ce moment l'existence possible d'hallucinations.

Il semble donc, qu'après une longue phase d'interprétations, le délire ait évolué, durant la période terminale de la maladie, vers des idées d'influence et peut-être vers une ébauche d'automatisme mental.

Tels sont les caractères du syndrome psychique observé. Quelles sont les relations de ce syndrome psychique et de la tumeur cérébrale ?

Une première hypothèse qui pourrait venir à l'esprit, c'est qu'il s'agit là d'une simple coïncidence d'une affection cérébrale d'une part, et d'autre part d'un délire chronique développé sur un terrain paranoïaque à la faveur de quelques circonstances occasionnelles. Cette hypothèse ne saurait être admise. En effet, si l'on consulte les indications recueillies auprès des médecins qui ont soigné la malade et de la famille de celle-ci, ainsi que les déclarations répétées de la malade dans ses lettres, on voit que tous ces renseignements concordent de la façon la plus nette à placer le début des troubles psychiques immédiatement à la suite des divers troubles cérébraux survenus il y a 6 ans. Sans doute, la malade avait eu depuis 1914 des difficultés avec sa propriétaire, sans doute elle avait dû lutter avec de gros soucis familiaux et pécuniaires, mais jusqu'en 1921 elle les avait supportés allègrement. C'est peu de temps après cette violente crise de céphalée qui a duré plus d'une nuit, et après certaines obnubilations passagères, que le *caractère de la malade a changé*. C'est alors qu'elle est devenue sombre, concentrée, et que se sont développées des idées de persécution qui, d'abord limitées à son entourage et aux locataires de sa maison, n'ont pas tardé à s'étendre à sa commune et à presque toute la France. Il y a donc là un mode de début de la maladie très net, qui tranche complètement sur le fond mental habituel de la malade, et qui est contemporain des premiers accidents cérébraux. Il est, en effet,

excessivement probable, étant donné l'évolution particulièrement lente de certains gliomes et leur latence relative, que les accidents présentés par la malade en 1921 marquaient les premiers *signes cliniques de la tumeur cérébrale*. Celle-ci ne s'est traduite au point de vue somatique durant de longues années que par des crises de céphalée transitoires, et par quelques moments très courts d'obnubilation. Les signes de localisation et d'hypertension confirmée ne sont survenus que quelques mois avant la mort. De tels faits sont excessivement fréquents au cours des gliomes ; l'un de nous a insisté à ce sujet sur l'extrême fréquence, au cours des tumeurs cérébrales, d'une phase prodromique presque latente, parfois très longue, dans laquelle la néoplasie débutante ne se traduit que par quelques signes très intermittents (céphalée, petites manifestations comitiales) qui le plus souvent passent inaperçus.

Il ne semble donc pas douteux qu'il ait existé un rapport important entre l'évolution de la tumeur cérébrale et celle des troubles délirants. De tels faits sont jusqu'à présent restés très rares. Si les troubles mentaux sont très fréquents au cours des tumeurs cérébrales, il semble qu'ils réalisent exceptionnellement le tableau de délires systématisés chroniques. Sur 56 observations personnelles de tumeurs cérébrales recueillies par l'un de nous en vue de l'étude des troubles mentaux, on ne constate que quatre fois des troubles délirants, et encore sur ces 4 cas, l'un a trait à un malade profondément débile, et dans une autre observation il s'agit d'idées délirantes secondaires à un état mélancolique, une troisième enfin ne comporte que des idées délirantes ébauchées en rapport avec un onirisme hallucinatoire. La plupart des cas rapportés dans la littérature médicale, notamment les observations de Targowla, ont trait à des délires par interprétation de symptômes somatiques habituellement à la faveur d'un affaiblissement intellectuel.

Chez notre malade, au contraire, il s'agit du délire de persécution tout à fait classique, actif, systématisé, avec tendances processives, sans aucun affaiblissement intellectuel. Si de tels faits sont rares, leur intérêt n'en

est pas moins grand ; il importe d'ailleurs de souligner la fréquence de tumeurs cérébrales méconnues, et dont la symptomatologie est masquée par un syndrome mental en apparence autonome.

Quant aux syndromes d'influence, ils sont également tout à fait exceptionnels au cours des tumeurs cérébrales : les hallucinations observées dans cette affection sont, ou bien en rapport avec un tableau d'onirisme, ou bien prennent le caractère de l'hallucinose. Il est vrai qu'il s'agit le plus souvent d'hallucinations visuelles, en rapport avec l'atteinte d'une partie des voies optiques. Il peut cependant exister, quoique beaucoup plus rarement, des hallucinations auditives qui sont parfois parallèles aux poussées hypertensives et peuvent alors devenir délirantes. Les observations rapportées par Claude (1) et ses élèves Targowla et Lamache sont très intéressantes à ce sujet.

En somme, nous voyons que, si les tumeurs cérébrales réalisent avec une extrême fréquence des syndromes de confusion mentale ou des états d'apparence démentielle, elles donnent lieu beaucoup plus rarement, du moins d'après les données que nous possédons actuellement, à des tableaux cliniques semblables aux délires chroniques tels qu'ils sont connus en Psychiatrie. A ce point de vue, notre observation, grâce à l'évolution très nettement superposable des signes psychiques et somatiques, nous paraît mériter quelque intérêt.

Dans un travail récent intitulé « Tumeurs cérébrales et psychoses », Gordon (2) fait remarquer que si les tumeurs cérébrales s'accompagnent assez souvent de troubles mentaux simulant divers syndromes psychiatriques, le plus habituellement il existe une différence clinique quelque peu sensible entre les troubles mentaux des néoplasies intra-craniennes et les psychoses. L'auteur en conclut que le cerveau n'intervient que très indirectement dans la pathogénie des psychoses. Si le

---

(1) CLAUDE, TARGOWLA et LAMACHE. — *Soc. de Psychiatrie*, 18 fév. 1926 *Encéphale*, 1926, p. 214.

(2) GORDON. — Tumeurs cérébrales et psychoses. *Revue neurol.*, mai 1926.

fait rapporté par Gordon nous paraît jusqu'à présent relativement exact pour la majorité des cas, il n'en existe pas moins certaines observations comme celles que nous venons de rapporter qui montrent l'évolution parallèle d'une tumeur cérébrale et d'une psychose en apparence essentielle. D'autre part, l'interprétation donnée par Gordon nous semble exagérée. Il ne peut être question, en effet, de demander à des lésions cérébrales plus ou moins localisées de réaliser des syndromes *exactement superposables* aux syndromes psychiatriques. Le fait que ces deux ordres de troubles mentaux sont seulement analogues mais non identiques ne nous permet pas d'éliminer les perturbations cérébrales dans l'étiologie des psychoses. Les différentes atteintes d'un même organe ne donnent pas lieu au même tableau clinique. En se reportant aux données de la pathologie générale, ne voyons-nous pas que certaines lésions aortiques très volumineuses peuvent donner lieu à peu de signes fonctionnels, alors qu'une épine irritative minime au niveau du même vaisseau peut se traduire par un syndrome très impressionnant d'angine de poitrine. Il est fort possible qu'il en soit de même au niveau du cerveau et que des troubles superficiels simplement irritatifs ou des troubles vasculaires de cet organe donnent lieu à des troubles plus bruyants que de grosses lésions destructives localisées. Il en est ainsi par exemple dans l'épilepsie. Mais les lésions destructives nous sont précieuses pour connaître les principales fonctions de l'organe qu'elles atteignent, et de même qu'en pathologie générale la méthode anatomo-clinique a permis de mieux comprendre les troubles fonctionnels des organes, grâce à la connaissance des troubles en rapport avec les lésions anatomiques, de même l'étude des troubles psychiques observés dans les lésions organiques du cerveau nous permettra de mieux comprendre la séméiologie des psychoses.

C'est en nous plaçant à ce point de vue qu'il nous a paru intéressant de relater ici dans tout son détail l'observation anatomo-clinique que nous venons de rapporter.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1927

Présidence de M. LEGRAIN, Président (1)

Mme Minkowska, MM. Beaudouin, Daday, Minkowski, Quercy, Rayneau, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

DÉCÈS DE MM. JACQUIN ET ANTHEAUME

*Allocution de M. LEGRAIN, Président*

Mes chers Collègues, depuis notre séparation, en juillet, votre Société a perdu deux de ses membres.

M. Jacquin, médecin en chef de l'Asile de la Madeleine, à Bourg, était membre correspondant depuis 20 ans. Nous avons rarement le privilège de le voir à nos séances, mais la productive activité dont il avait fait montre à l'époque de son élection parmi nous ne s'était point démentie et c'est à son œuvre surtout que nous avons connu ce grand laborieux. Brillant élève de Bordeaux, où il avait puisé la substantifique moelle de notre spécialité, il a accumulé de nombreux travaux empreints d'une grande originalité. Il ne convient pas d'en faire aujourd'hui l'analyse. Je dois borner mon rôle à exprimer le regret sincère qu'éprouve notre Compagnie à la perte prématurée d'un distingué collègue.

Le second vide qui s'est produit dans vos rangs est laissé par M. Antheaume. Malade depuis plusieurs

---

(1) *Erratum.* Dans le n° d'octobre des *Annales*, p. 234, lire : Présidence de M. Semelaigne, ancien et non vice-président.

années, il avait un peu abdiqué sur le terrain purement scientifique au profit d'une activité combative qui fut diversement appréciée. Il aimait grandement la polémique et il s'était acquis sur ce terrain une certaine popularité. Il n'avait fait qu'une apparition rapide dans nos établissements publics, en particulier à Charenton, autrefois. Les travaux de la première partie de sa vie sont connus. Je n'y insiste pas. Il était devenu membre de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine. M. Antheaume a été votre Président, et, selon la coutume, je déclare les travaux suspendus pendant quelques instants, en signe de deuil.

Conformément à l'usage, la séance est levée en signe de deuil.

#### REPRISE DE LA SÉANCE

M. LEGRAIN, *Président*. — Les deuils dont nous vous avons fait part, sont compensés fort heureusement par deux marques de distinction dont votre Société se réjouira sans réserve.

Notre éminent Collègue, le Professeur Janet, a reçu la Croix d'Officier de la Légion d'Honneur. Nous avons pour notre collègue une trop légitime admiration pour ne point regretter qu'une telle récompense ait été si tardive. La vraie science et le vrai mérite trouvent heureusement leur sanction ailleurs que dans les témoignages officiels.

Notre sympathique collègue, le D<sup>r</sup> Raynier, Inspecteur général des services d'assistance, a trouvé, d'autre part, dans son élévation à la dignité de Chevalier de la Légion d'Honneur, la juste récompense d'un labeur déjà considérable et qui fait grand honneur à notre spécialité. La Société félicite ardemment son jeune collègue et entend voir dans son passé, déjà brillant, la garantie de sa longue collaboration si précieuse sur le terrain administratif. Votre Président ne sera pas moins fier que vous, ayant orienté les premiers pas de notre collègue dans la voie où il eut la si bonne inspiration de s'engager.



M. Henri COLIN, *Secrétaire général*. — M. Semelaigne s'excuse de ne pouvoir assister à la séance. La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> MILLER qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> M. VIGNAUD, médecin-directeur de la maison de santé de Vanves, qui sollicite le titre de membre correspondant. Nous vous proposons une commission composée de MM. SEMELAIGNE, LEROY, CAPGRAS (*adopté*) ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> REPOND, directeur-médecin de la maison de santé de Malévoz, à Monthey (Valais), qui sollicite le titre de membre associé étranger. Nous vous proposons une commission composée de MM. MALLET, COURBON, René CHARPENTIER (*adopté*) ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> Shaw BOLTON, professeur à l'Université de Leeds, medical-director du West Riding Mental Hospital, *President elect* de la Royal medico-psychological Association pour l'année 1928, qui sollicite le titre de membre associé étranger ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> LORD, medical superintendent du Horton Mental Hospital, co-directeur du *Journal of Mental Science*, qui sollicite le titre de membre associé étranger ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> R. WORTH, medical superintendent du Springfield Mental Hospital, secrétaire général de la Royal medico-psychological Association, qui sollicite le titre de membre associé étranger ;

une lettre de M. le D<sup>r</sup> A. NIMIAN-BRUCE, membre de la Royal Society et du Royal College of Physicians d'Edimbourg, membre correspondant de la Société de Neurologie de Paris, qui sollicite le titre de membre associé étranger.

Pour ces diverses candidatures, nous vous proposons une commission composée de MM. SEMELAIGNE, CHARPENTIER, Henri COLIN (*adopté*) ;

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> DOUGLAS A. THOM, de Boston, qui sollicite le titre de membre associé étranger. Nous proposons une commission composée de MM. LEGRAIN, CAPGRAS, CHARPENTIER (*adopté*).

Une lettre de notre collègue, M. REVAULT D'ALLONNES, actuellement directeur technique de l'Instituto modelo open-door, à Buenos Aires, qui nous écrit le 17 juillet 1927 :

« C'est avec une émotion profonde que je reçois la nouvelle que notre grand et cher Arnaud n'est plus. Il fut pour moi le guide le plus amical et le plus sûr. Depuis mon arrivée en Argentine, j'ai continué à vivre près de sa pensée, en relisant, une fois de plus, son beau livre IV du *Traité* de Gilbert-Ballet. L'éloignement, la fréquentation de milieux étrangers, où s'entrecroisent toutes les influences européennes et mondiales, dépouille les perspectives, et fait se dégager les sommets. Non, Vienne, Munich n'ont pas détrôné notre séculaire école française, créatrice de la psychiatrie, et dans cette école, Arnaud, continuateur de Falret, occupe une place éminente !

« Tout récemment encore, Arnaud avait bien voulu me montrer comment il avait coutume d'examiner les obsédés, pour déceler chez eux le trouble, constant selon lui, de la motricité volontaire ; et j'ai sous les yeux la lettre où il me signalait le travail qu'il a publié sur ce sujet, en collaboration avec Raymond, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, juillet à octobre 1892.

« Je m'associe de loin au deuil de notre *Société Médico-Psychologique* et je m'incline devant la mémoire impérissable de son illustre ex-président. »

Une lettre de M. le D<sup>r</sup> HEUYER, délégué avec ses collègues, les Docteurs ROUBINOVITCH et MARIE pour la représenter au Congrès de Médecine légale, à Lyon, qui rend compte de sa mission.

M. Henri COLIN, *Secrétaire général*. — Mes chers Collègues, pour répondre à la très aimable invitation de nos collègues du Royaume-Uni, vous nous aviez désignés, MM. René Charpentier, Targowla et moi-même, pour vous représenter au meeting annuel de la *Royal Medico-Psychological Association*, qui s'est tenu à Edimbourg du 18 au 22 juillet dernier, sous la prési-

dence de M. le Dr Hamilton Marr, haut-Commissaire au Board of Control pour l'Ecosse. Vous avez pu lire, dans le numéro des *Annales* de juillet, la traduction du remarquable discours d'ouverture prononcé par le Président qui était en quelque sorte un hommage à notre pays représenté par une de ses gloires, les plus pures, François Rabelais. Cette réunion annuelle coïncidait avec le Congrès de la *British Medical Association* réuni à Edimbourg, à la même époque et dont la *Royal Medico-Psychological Association* devenait la section psychiatrique. L'association médicale Britannique est une Société puissante qui groupe plus de trente-cinq mille médecins de l'Empire, dont plusieurs milliers s'étaient rendus dans la capitale de l'Ecosse. Un grand nombre d'étrangers avaient été invités à assister aux assises de 1927, et, parmi eux, beaucoup de Français parmi lesquels il me suffira de citer les professeurs TUFFIER, GUILLAIN, CRUCHET, BLUM, les docteurs RIST, Armand DELISLE, avec lesquels nous avons été heureux de nous rencontrer.

Nous analyserons prochainement, dans les *Annales*, les travaux du meeting de la *Royal medico-psychological association* dont je me contenterai de vous donner ici l'énumération : l'*Infection chronique, cause de troubles mentaux, l'encéphalite épidémique*, une question d'assistance portant sur : 1° les *facilités qu'accorde la loi pour le traitement des aliénés* ; 2° les *limites de l'intervention judiciaire* ; 3° les *garanties contre les séquestrations arbitraires*, qui fit l'objet d'un remarquable exposé de notre collègue et ami le Professeur George Robertson.

Mais ce que je ne saurais tarder à exprimer, c'est la profonde gratitude que vos délégués éprouvent pour la réception somptueuse, et si cordiale en même temps, qui leur a été faite. A côté de l'amitié qui nous unit de façon si étroite à nos voisins d'outre-Manche, vous savez quelle affection particulière, et pour ainsi dire historique, l'Ecosse éprouve pour la France. Cette affection s'est manifestée cette fois encore, de mille façons, affirmant une fois de plus la réputation légén-

daire de l'hospitalité écossaise. Nos sentiments de gratitude, j'ai fait de mon mieux pour les exprimer à la cérémonie qui eut lieu devant un buste érigé à Pinel, dès 1827, à l'Asile de Morningside et en allant déposer, avec mes collègues, une couronne sur la tombe de Cullen, le clinicien hors de pair, le maître vénéré de la médecine écossaise (1) dont les « Institutions de Médecine Pratique » furent pour la première fois traduites en français par Pinel lui-même, en 1785 (*approbation*).

M. Henri COLIN, *secrétaire général*. — Mes chers Collègues : Après votre dernière séance, j'ai reçu de l'*Académie Nationale de Médecine de Buenos-Aires*, une lettre que vous avez pu lire dans le numéro de juillet des *Annales* (p. 198). Il s'agit d'un hommage solennel rendu au Professeur Domingo Cabred auquel, en novembre prochain, un livre d'or sera offert. J'ai répondu à M. le Professeur Mariano Castex, secrétaire du Comité d'organisation, la lettre suivante :

*Paris, le 10 septembre 1927.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTEX,

Je m'associe de grand cœur à l'hommage solennel que l'Académie Nationale de Médecine de Buenos-Aires va rendre au Professeur Domingo Cabred.

Si plusieurs de nos collègues le connaissent personnellement, nous le connaissons tous en France par ses beaux et multiples travaux et beaucoup d'entre nous ont pu admirer à l'exposition du Centenaire de Pasteur, à Strasbourg, les magnifiques reproductions des œuvres d'assistance si variées que la République Argentine doit à son initiative, à sa persévérance, à sa science. Ce sont là des titres incontestables à la reconnaissance de l'Humanité.

En octobre prochain, à la reprise des séances de la Société médico-psychologique dont fait partie le Pro-

---

(1) Tous les ans, le Collège Royal des Physiciens d'Edimbourg se rend en pèlerinage au tombeau de Cullen.

fesseur Cabred, je ferai part à nos collègues réunis de la belle lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser pour annoncer la grande fête intellectuelle de novembre, à laquelle la Société tout entière ne manquera pas de donner sa plus chaleureuse adhésion.

Veillez agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs et les plus distingués.

*Le Secrétaire général,*

D<sup>r</sup> Henri COLIN.

Médecin en chef honoraire de l'Asile Clinique (Ste-Anne),  
Ancien Président de la *Société médico-psychologique*, Secrétaire général de la *Société médico-psychologique* et de la *Société Clinique de Médecine Mentale*, Redacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*.

Je viens vous demander de bien vouloir donner votre adhésion à la fête intellectuelle organisée par nos collègues de la République Argentine.

M. René CHARPENTIER, appuyant la proposition du bureau de la Société de s'associer à l'hommage rendu au Professeur Cabred, dont l'œuvre considérable a mis la République Argentine au premier rang des progrès réalisés en Assistance psychiatrique, propose l'envoi par le Secrétaire général, d'une lettre à l'Académie Nationale de Buenos-Aires pour lui faire part de l'adhésion de la Société.

Cette proposition, mise aux voix par le Président, est adoptée à l'unanimité.

### *Rapport de Candidature*

M. LEGRAIN. — Messieurs, Vous avez nommé une commission composée de MM. Semelaigne, Charpentier et Legrain, rapporteur à l'effet d'examiner les titres du D<sup>r</sup> Boven, de Lausanne, qui sollicite le titre de membre-correspondant étranger.

Cette demande honore grandement notre Compagnie. Elle est de celle qu'on accueille avec empressement.

sans avoir besoin de l'examiner longuement. Elle pourrait compter parmi celles qu'on peut souhaiter.

C'est qu'en effet notre Confrère suisse est une personnalité scientifique déjà connue parmi nous. Le récent rapport qu'il a présenté à notre dernier Congrès des médecins aliénistes, de Blois, sur le *Divorce chez les aliénés*, l'a mis hors de pair. Les organisateurs du Congrès qui le proposèrent comme rapporteur, connaissaient par avance, les grandes qualités de clinicien du Dr Boven. Il n'a point démenti la confiance qu'on avait mise en lui. A la valeur de premier ordre de son travail, il a joint une grande originalité d'exposition et des qualités littéraires qui ne manquent jamais de frapper des Français.

Ce simple souvenir simplifie singulièrement la tâche actuelle de votre rapporteur et la rend presque superflue.

Tout d'abord, un coup d'œil sur les travaux nombreux du Dr Boven.

Spécialisé dès les débuts de sa carrière, en 1915, il soutint sa thèse inaugurale sur ce sujet : *Similarité et mendelisme dans l'hérédité de la démence précoce et de la folie maniaque dépressive*.

Puis s'égrènent d'année en année des mémoires, en français et en allemand, témoignant d'une activité soutenue et multiforme. J'énumère parmi les principaux : en 1917, *Un nouveau fait acquis touchant l'hérédité de la démence précoce* ; en 1919, *Religiosité et épilepsie* ; en 1920, *Caractère individuel et aliénation mentale* ; la même année : *Etudes sur les conditions du développement au sein des familles de la schizophrénie et de la folie maniaque dépressive* ; en 1921, *Caractère individuel et aliénation mentale*. Il aborde encore ce sujet si captivant du caractère, par divers articles, parus en 1922 et 1923, dans l'*Educateur*, et par un autre article, sur la caractérologie dans les *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*.

Notre confrère a fouillé d'autre part, les problèmes suscités par l'hérédité, par le Freudisme, par la psychanalyse. Nos *Annales* ont publié, en 1926, son

mémoire si finement observé sur la *Complexion des schizophrènes*.

Psychologue averti, il traite d'autre part, la *Psychologie du rêve*, d'après Freud ; des réflexions sur l'*Attention en psychopathologie*.

Une énumération plus complète serait fastidieuse et sans profit. Vous avez discerné suffisamment par ce qui précède, les mérites scientifiques de notre confrère.

En somme, il a porté ses investigations surtout sur l'hérédité, la schizophrénie, la manie-mélancolie et le caractère. D'une part, il a été conduit à combattre l'engouement des spécialistes qui voyaient dans le jeu des lois du mendélisme, l'explication mathématique et prophétique des faits de transmission des traits de l'âme, normaux et morbides, chez l'homme. De l'autre côté, il a insisté sur la nécessité de faire dépendre la classification nosologique en psychiatrie, d'une psychologie individuelle plus étudiée. Il en vient à consacrer ses forces au service de la caractérologie naissante, quelque nom qu'on lui donne.

C'est un des plus beaux et des plus vastes domaines qui s'ouvrent aux investigations de l'avenir. C'est un champ que notre confrère aura eu le mérite d'explorer hardiment, souvent avec succès et de façon séduisante.

Votre Commission ne peut que vous proposer chaleureusement l'élection du D<sup>r</sup> Boven, rendant ainsi et par dessus lui, un nouvel hommage à la psychiatrie suisse dont vous avez tant de fois apprécié et admiré la haute valeur, théorique et pratique.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> Boven est élu membre associé étranger de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents.

## Choc anaphylactique, choc colloïdoclasique et épilepsie

par M. L. MARCHAND

Les nouvelles conceptions relatives à l'anaphylaxie d'abord, puis à la colloïdoclasie ont été appliquées à la pathogénie de la crise épileptique [Buscaino (1), Marinnesco, Dide et Guiraud (2), Pagniez (3)]. Cette étude s'imposait après la constatation des relations unissant certains accidents paroxystiques transitoires, à début brusque, aux chocs anaphylactiques et colloïdoclasiques.

L'anaphylaxie étant déterminée par l'introduction dans l'organisme de substances protéiques, de sérums, d'albumines étrangères, on admit tout d'abord qu'il existait chez les épileptiques une sensibilité latente, que sous l'influence d'une cause provocatrice il se produisait un choc sérique. La protéine hypothétique entraînerait dans le sang un poison nerveux [chocs vasotropiques locaux de Bouché et Hustin (4)]. Mais Widal (5) et ses élèves montrèrent que d'autres substances, de nombreux antigènes du monde extérieur pouvaient déterminer une hypersensibilité spontanée se réalisant par les voies naturelles, que les phénomènes de choc ne revêtaient aucune spécificité, n'avaient aucun des

---

(1) BUSCAINO (V.-M.). — Recherches sur la signification biologique des altérations qualitatives de la thyroïde. *Rev. de Pat. e. ment.*, vol. XX, fasc. 5, mai 1915, p. 258.

(2) DIDE (M.) et GUIRAUD (P.). — Pathologie et traitement de l'épilepsie. *Académie royale de Médecine de Belgique*, 1920.

(3) PAGNIEZ (Ph.) et LIEUTAUD (P.). — Phénomènes du type anaphylactique dans la pathogénie de certaines crises comitiales. *Presse méd.*, 19 novembre 1919, p. 693. — PAGNIEZ. Théorie du choc colloïdoclasique. *Presse méd.*, 1921, p. 583.

(4) BOUCHÉ et HUSTIN. — Le choc sérique léger chez l'homme. *Presse méd.*, 8 octobre 1921, p. 801.

(5) WIDAL (P.), ABRAMI (P.) et PASTEUR VALLERY-RADOT. — L'antianaphylaxie. *XV<sup>e</sup> Congrès Franç. de Méd. Strasbourg*, 3-5 octobre 1921. — WIDAL (P.), ABRAMI (P.) et LERMOYEZ (J.). — Anaphylaxie et idiosyncrasie. *Presse méd.*, 4 mars 1922, p. 189.



caractères des accidents toxiques, que le choc relevait de processus physiques, d'une brusque altération de l'équilibre des colloïdes de l'organisme plasmatique (choc hémoclasique ou colloïdoclasique). Ainsi le choc était dû non à la toxicité des substances absorbées ou à des toxines, mais à l'action physique que ces substances exercent dans le sang.

En appliquant ces données à la crise épileptique, on retirait à celle-ci le caractère toxique que jusqu'alors on lui accordait, pour la considérer comme déterminée par un processus physique. Les épileptiques seraient des sujets atteints de la diathèse colloïdoclasique, c'est-à-dire qu'ils présenteraient une tendance à réagir par des crises aux actions pathogènes les plus diverses, tendance ayant son point de départ dans une viciation humorale particulière; ils seraient en état d'équilibre humoral instable qui pourrait être détruit sous l'influence de causes multiples, peut-être toujours la même pour le même malade.

On a constaté ensuite par la recherche du réflexe oculo-cardiaque [Munier (1)], qu'il existait chez les comitiaux un état de déséquilibre du système vago-sympathique se traduisant par des réactions anormales et extrêmement variables qui les faisaient passer rapidement de la sympathicotomie à la vagotonie.

Tinel et Santenoise (2) ont tenté d'établir qu'il est possible d'apprécier le degré de susceptibilité anaphylactique d'une part d'après l'hémoclasie digestive, d'autre part d'après les variations du réflexe oculo-cardiaque. A un réflexe oculo-cardiaque positif (hypervagotonie) correspondrait une hémoclasie alimentaire franche et par conséquent une susceptibilité anaphylactique accusée; à un réflexe oculo-cardiaque négatif (sympathicotomie) correspondrait une hémoclasie digestive faible. Les paroxysmes épileptiques seraient conditionnés par l'état hypervagotonique.

---

(1) MUNIER (A.). — Les troubles sympathiques dans les états convulsifs : essai pathogénique. *Thèse de Nancy*, 1921.

(2) TINEL (J.) et SANTENOISE (D.). — Vago-sympathie et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie. *Presse méd.*, 15 avril 1922, p. 321.

En résumé, cette nouvelle interprétation pathogénique de la crise épileptique repose sur les trois particularités suivantes :

1° Les épileptiques seraient atteints d'un déséquilibre du système vago-sympathique tel qu'ils peuvent passer rapidement d'un état sympathicotonique à un état hyper-vagotonique.

2° Les épileptiques présenteraient une susceptibilité anaphylactique, une diathèse colloïdologique spéciale.

3° Au début des crises ou dans les quelques heures qui les précèdent on constate des signes d'hypervagotonie et l'existence d'un véritable choc hémoclasique.

Si la rupture humorale est légère, l'accident épileptique consiste en une absence, un vertige ou un équivalent épileptique. Si la rupture est suffisamment intense, il consiste en une crise convulsive complète. Cette interprétation des faits doit-elle être admise sans discussion ?

Les modifications les plus intéressantes qui caractérisent le choc colloïdologique portent sur le sang ; elles sont nombreuses et ce n'est pas la place ici de les énumérer toutes. Les auteurs qui ont étudié les phénomènes de choc au début des crises épileptiques n'ont recherché que la baisse de la tension artérielle et la leucopénie avec inversion plus ou moins complète de la formule leucocytaire. Certains même n'ont recherché que la leucopénie. La diminution des hématoblastes circulant, la rutilance du sang veineux, l'abaissement de l'indice réfractométrique du sérum n'ont pas fait l'objet de recherches spéciales.

La constatation des modifications de la tension artérielle et du nombre des globules blancs est-elle suffisante pour qu'on puisse leur attribuer une importance aussi considérable dans la pathogénie des crises épileptiques ? La chute de la tension artérielle, la leucopénie sont deux phénomènes d'une banalité courante (Milian). Le nombre des leucocytes et la pression artérielle sont capables de subir des variations considérables sous l'influence de multiples causes passagères telles que la digestion, le froid, la fatigue, les

efforts intellectuels et physiques, la position couchée ou verticale, les émotions, la douleur, les injections de sérum, d'adrénaline, l'absorption de certains médicaments, etc. Les épileptiques, comme d'ailleurs bien des sujets normaux, dans le cours d'une journée peuvent présenter à certains moments une diminution de la pression artérielle avec leucopénie et ne pas présenter cependant de crise.

Voyons maintenant les résultats des recherches de divers auteurs sur la pression artérielle et la teneur du sang des épileptiques en lymphocytes avant et pendant les crises.

Immédiatement avant les crises Marro (1), R. Voisin et A. Rendu (2), Besta (3), Gibson, Good et Penny (4) n'ont observé que peu de modifications de la pression artérielle et plusieurs de ces auteurs l'ont étudiée au moyen de tracés. J. Voisin et Petit (5), Duncan-Greenbes (6), la trouvent diminuée. Féré (7), Sérieux et Marinesco (8), Maurice de Fleury (9), Lallemant et Rodiet (10), Astwatzatourow (11), Guillaume (12) notent une

(1) MARRO (G.). — La pression sanguine chez les épileptiques. *Ann. di. fren. e. scien. offini.*, mars 1902.

(2) VOISIN (R.) et RENDU (A.). — La pression sanguine dans l'épilepsie essentielle. *Gaz. des Hôp.*, 21 juin 1910.

(3) BESTA. — Recherches sur la pression sanguine, le pouls et la température des épileptiques. *Riv. sperim. di. fren. e. méd. leg. delle alién. ment.*, n° 1 et 3, 1906.

(4) GIBSON, GOOD et PENNY. — Le pouls immédiatement avant la crise épileptique. *Quarterly journ. of méd.*, vol. 4, n° 13, 1910, p. 1.

(5) VOISIN (G.) et PETIT. — De l'intoxication dans l'épilepsie. *Arch. de neurol.* XXIX, 1895, p. 359.

(6) DUNCAN-GREENBES. — Observations sphygmographiques sur le pouls des aliénés. *Journ. of Ment. Sc.*, janvier 1887.

(7) FÉRÉ. — Observations faites sur les épileptiques à l'aide du sphygmomètre de M. Bloch. *Soc. de Biol.*, 26 mai 1888.

(8) SÉRIEUX et MARINESCO. — *Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie*, 1895.

(9) FLEURY (M. de). — *Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux*, Alcan 1904, p. 881.

(10) LALLEMAND (E.) et RODIET (A.). — Des modifications de la tension artérielle chez les épileptiques. *Encéphale*, 10 nov. 1909, p. 414.

(11) ASTWATZATOUROW. — Pression du sang dans l'épilepsie. *Obozrénie psych.*, X, 8-9, 1905.

(12) GUILLAUME. — Cité par Langeron, *Gaz. des Hôp.*, 7 nov. 1925, p. 1441.

augmentation. Bouttier (1) qui a surtout étudié la pression artérielle au cours de l'état de mal note avant la crise une hypertension passagère. Pendant la période des convulsions toniques, la plupart des auteurs s'accordent pour trouver la pression augmentée (A. Voisin, Féré, Valtorta (2), Lallemand et Rodiet). Nous-même, dans un travail présenté ici-même, en collaboration avec E. Adam (3), nous n'avons pas noté de modifications de la pression sanguine avant les crises ; nous avons observé une augmentation nette de la pression systolique immédiatement après les crises, ce qui nous amenait à conclure que les modifications de la pression étaient déterminées par les crises et ne paraissaient jouer aucun rôle dans sa pathogénie.

Les principaux travaux sur les variations de nombre de leucocytes du sang au cours de la crise épileptique, aboutissent à de nombreuses contradictions. Gallopain (4) n'a pu établir aucune relation entre les variations de nombre des globules blancs et la fréquence des crises. Pearce et Boston (5), Onuf et Lograsso (6) ne relèvent rien de caractéristique dans l'intervalle ou pendant les accès. Graziani (7) n'observe que peu de modifications dans le nombre des leucocytes avant les accès. Pugh (8) et Dide (9) trouvent une diminution

---

(1) BOUTTIER (H.). — L'état de mal épileptique. *Questions neurologiques d'actualité*, 1922, p. 500.

(2) VALTORTA (D.). — Cité par Hartenberg. *Presse Médicale*, 20 octobre 1920.

(3) MARCHAND (L.) et ADAM (E.). — Recherches sur la pression artérielle chez les épileptiques. *Soc. méd. psych.*, février 1923.

(4) GALLOPAIN. — Recherches sur l'anatomie pathologique du sang dans la folie. *Cong. int. de Méd. ment.*, Paris, 5-10 août 1878, p. 169.

(5) PEARCE et BOSTON. — Le sang dans l'épilepsie. *The Amer. Journ. of Insanity*, avril 1904, p. 597.

(6) ONUF (B.) et LOGRASSO (H.). — Recherches sur le sang des épileptiques. *Amer. Journ. med. Sci.*, février 1906.

(7) GRAZIANI (A.). — Recherches sur les modifications cytologiques du sang dans les principales psychoses. *Rev. de Fren. e di Med. leg.*, vol. XXXVI, p. 878, 1910 et vol. XXXVII, p. 116, 1911.

(8) PUGH (P.). — Des altérations du sang dans l'épilepsie idiopathique. *Brain*, n° 100, vol. 25, 1902, p. 501.

(9) DIDE (M.). — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. *Congrès des Méd. alién. et neur.*, Lille, 1-8 août 1906.

des lymphocytes avant les accès ; au contraire, pour Onuf et Lograsso, Schultz (1), la leucocytose précède souvent les accès. Ces auteurs montrent que cette lymphocytose n'est pas constante et ils ne l'ont pas toujours observée avant les états de mal. De plus, ils ne trouvent aucun parallélisme entre le maximum de la courbe des lymphocytes et une phase quelconque des accès. Dans un travail récent, MM. Claude et Montassut (2), à l'occasion de crises provoquées par l'hyperpnée notent que l'aura épileptique se traduit toujours par une pléiocytose assez marquée. La leucopénie est contemporaine des manifestations convulsives. Ils n'ont jamais constaté de manière appréciable un rapport entre les manifestations sanguines, la nature et l'intensité des phénomènes épileptiques. Les modifications, pour ces auteurs, traduisent vraisemblablement des réactions vasomotrices concomitantes du paroxysme moteur.

Pendant les accès, la plupart des auteurs, et j'ai pu le constater souvent moi-même, observent une lymphocytose (Bénigni (3), Copps (4), Onuf et Lograsso, Schultz, Pugh, Kroumbmiller, Buscaino (5), Wuth (6), di Gasparo (7), Dide, A. Marie). Cette leucocytose porte surtout sur les polynucléaires. Klippel et Feil (8) l'ont notée pendant l'état de mal et l'attribuent aux pertur-

(1) SCHULTZ (G.-H.). — Modifications du sang au cours des diverses affections psychiques. *Deutsch. Médiz. Wochen.*, 17 juillet 1913, p. 1399.

(2) CLAUDE (H.) et MONTASSUT (M.). — Épilepsie et choc anaphylactique. *L'Encéphale*, juillet-août 1927, p. 533.

(3) BENIGNI (F.). — Sur les variations numériques des corpuscules neutrophiles et des corpuscules érythrophiles dans le sang des épileptiques. *Gaz. Méd. ital. on*, LVIII, N° 12, 21 mars 1907, p. 11.

(4) COPPS. — Le sang dans la paralysie générale. *Amer. Journ. méd. Sci.*, juin 1896, CXI, p. 650.

(5) BUSCAINO. — Les variations des éléments sanguins dans l'épilepsie et les psychoses. *Rev. di Pat. nerv. e ment.* Vol. XX, f. 4, 1915.

(6) WUTH. — Nouvelles recherches sur l'épilepsie et les crises épileptiformes. *Réunion psych. de l'Allem. du Sud*, mai 1922. *Arch. f. Psychi.*, 2 décembre 1922, p. 117.

(7) GASPARO (Di). — U. d. verhalt d. Weiss. Blutzellen vor. bei u nach d. ablauf d. Epil. Symptomencomplexes. *A. f. Psychi.*, LIX, 1919.

(8) KLIPPEL et FEIL. — Le sang dans l'état de mal épileptique, les formes délirantes et éclamptiques. *Soc. Méd. psych.*, 25 mars 1912.

bations vaso-sanguines. Patterson (1) fait jouer un rôle aux troubles endocriniens. Cette leucocytose peut persister pendant plusieurs heures après les accès [Graziani, Bossard (2)].

Ainsi, si l'on s'en rapporte aux recherches nombreuses entreprises sur les modifications de la tension artérielle et de la formule leucocytaire avant les accès, on ne trouve pas les phénomènes qui caractérisent le choc hémoclasique (abaissement de la pression, leucopénie). La tension artérielle est plutôt élevée avant et au début des accès ; le nombre des globules blancs ne présente rien de particulier.

Je serai plus bref sur les travaux concernant le réflexe oculo-cardiaque, car j'ai déjà présenté ici en collaboration avec Emile Adam (3) une étude expérimentale de ce réflexe chez les comitiaux. Je rappellerai seulement les principales opinions sur ce sujet. Lesueur, Vernet et Petzetakis (4), Giraud (5), Metis (6), Fumarola et Mingazzini (7), Graziani (8), Naccarati (9) le trouvent nettement exagéré chez les épileptiques et surtout avant les crises. MM. Claude, Tinel et Sante-

(1) PATTERSON (H.). — Hematologic Pictures in endocrine syndromes found associated with epilepsy. *Amer. Journ. of Psych.*, janvier 1923, II, N° 3.

(2) BOSSARD. — Recherches sur l'état des leucocytes dans l'épilepsie essentielle. *Archives suisses de neurologie et de psychologie*, vol. I, f. 2, 1919, p. 269.

(3) MARCHAND (L.) et ADAM (E.). — Recherches sur le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques. *Soc. méd. psych.*, 26 mars 1923.

(4) LESIEUR (Ch.), VERNET (M.) et PETZETAKIS. — Contribution à l'étude du réflexe oculo-cardiaque ; son exagération dans l'épilepsie. *Soc. méd. des Hôp.*, 6 mars 1914.

(5) GIRAUD (R.). — Le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques. *Thèse de Lyon*, 1916.

(6) METIS (J.-A.). — Le réflexe oculo-cardiaque en neurologie et en psychiatrie. *Trabales de la Societat Biologica*, t. VI, 1918.

(7) FUMAROLA et MINGAZZINI. — Contribution clinique et expérimentale à l'étude du réflexe oculo-cardiaque. « *Policl* » sez Med., 1917, p. 404.

(8) GRAZIANI (A.). — Contribution à l'étude du système endocrino-sympathique dans l'épilepsie et dans l'idiotie. *Riv. Ital. di Neur., psych. ed Elett.*, n° 5 et 6, mai-juin 1920, p. 133 et 165.

(9) NACCARATI. — Le réflexe oculo-cardiaque. *Arch. of Neur. and psych. Chicago*, vol. 5, 1921, p. 40.

noise (1) admettent que cette exagération préparoxystique indique un état hypervagotonique qui conditionne les crises. Par contre, Maillard et Codet (2) ne trouvent aucun rapport appréciable entre le degré du réflexe et le nombre des crises. Roubinovitch et Chavany (3), Grifi (4), trouvent aussi que les affirmations citées plus haut ne sont justifiées que dans un nombre restreint de cas. Munier (5), Vergara (6) constatent que le réflexe oculo-cardiaque, s'il est inversé après la crise épileptique, se traduit par des réactions d'une extrême variabilité en dehors des crises. Nous-même n'avons pas trouvé de modifications spéciales nettement accusées avant les crises.

D'autres auteurs, loin de considérer que les crises épileptiques sont conditionnées par un état vagotonique, soutiennent au contraire que certaines crises d'épilepsie sont en rapport avec un état sympathicotonique. C'est ainsi que Etienne et Richard (7) admettent que dans certaines épilepsies d'origine endocrinienne il existe une hypertonicité d'origine sympathique des petites artères musculaires, entre autres des cérébrales. Lorsque, sous l'influence d'une cause quelconque, survient une exacerbation du trouble sympathique, le spasme des artères cérébrales se produit, inhibe plus ou moins totalement les centres sensitivo-moteurs corticaux, libère les centres sous-thalamiques et la crise

(1) CLAUDE (H.), TINEL (J.) et SANTENOISE. — Etude comparée des réflexes oculo-cardiaque et solaire. *Soc. de Biol.*, 25 novembre 1922.

(2) MAILLARD et CODET. — Réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques (réflexe d'Aschner). *Soc. de Psych.*, 18 juin 1914.

(3) ROUBINOVITCH (J.) et CHAVANY (J.-A.). — Contribution au diagnostic des états épileptiques. La tachycardie résiduelle. *Bull. Acad. de Méd.*, 7 juin 1921, p. 687.

(4) GRIFI. — Sur la tachycardie résiduelle chez les épileptiques. *Revue Italienne de neuro., psych. e. Elett.*, septembre-octobre 1923, p. 164.

(5) MUNIER (A.). — Les troubles sympathiques dans les états convulsifs : essai pathogénique. *Thèse de Nancy*, 1921.

(6) VERGARA (E.). — Le réflexe oculo-cardiaque dans les maladies mentales. *Il Cervello*, n° 2, mars-avril 1922, p. 78.

(7) ETIENNE (G.) et RICHARD (G.). — Epilepsie d'origine endocrinienne. Essai d'une pathogénie à point de départ cortical. *Rev. Méd. de l'Est*, 15 mai 1922.

éclate. Nério Rojas (1) trouve une augmentation des signes sympathicotoniques au début de l'attaque et l'hypervagotonie à la fin de celle-ci.

La conception de l'exagération du réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques en dehors de leurs crises et celle de l'exagération constante de ce même réflexe chez ces sujets, en éminence de crise, nous paraît trop étroite. Elle est à rapprocher de la conception reconnue fausse aujourd'hui qui considérait comme constante l'hypervagotonie des asthmatiques. On ne peut en examinant un seul des réflexes d'un système aussi compliqué que le vago-sympathique, en déduire qu'il existe un trouble de ses innombrables fonctions. On admet d'ailleurs actuellement que les troubles végétatifs électifs sont exceptionnels, par contre, que les syndromes complexes, les syndromes neurotoniques, sont la règle (Guillaume).

Il y a encore d'autres arguments qui montrent qu'il est difficile d'admettre une relation entre le choc colloïdoclasique et la crise épileptique.

Si la colloïdoclasie jouait un rôle dans la pathogénie de la crise comitiale on devrait pouvoir chez l'épileptique provoquer des crises au moyen des chocs sériques. Or, j'ai recherché quel était l'effet des injections de sérum de cheval répétées chaque semaine chez plusieurs épileptiques femmes. Je n'ai noté aucun effet sur la fréquence et l'heure des crises par rapport aux injections. Chez l'une d'elles j'ai observé immédiatement après une injection de sérum un choc sérique grave dont le tableau n'a ressemblé en rien à une crise épileptique. La malade a été prise d'angoisse, de suffocation, de dyspnée ; son pouls est devenu rapide et à peine perceptible ; les extrémités se refroidirent et des vomissements apparurent. Ces accidents ne s'amendèrent que très lentement.

Je rapprochai mes observations de celles que

---

(1) NERIO ROJAS — Nouvelle conception pathogénique de l'épilepsie par inhibition corticale. Action du sympathique. *Revue de la Associat. médicale Argentina*, N° 202 et 203.



MM. Claude et Montassut (1) ont fait chez des chiens porteurs de lésions expérimentales de la zone rolandique, chez lesquels on pouvait faire apparaître des crises épileptiques sous l'influence de convulsivants. Ils n'ont pas déclenché de convulsions épileptiques chez leurs sujets en provoquant des chocs au moyen d'injections intraveineuses et rapides de sérum ou de peptones. Le choc ne leur « est jamais apparu comme le *primum movens* des crises ».

D'ailleurs, il est reconnu que le choc sérique, comme le choc colloïdoclasique, s'accompagne de la vaso-dilatation des capillaires avec baisse de la pression artérielle (Bouché et Hustin). Le début de la crise épileptique au contraire est marquée généralement par la vaso-constriction des capillaires et certains auteurs ont pu noter une augmentation de la pression artérielle. De plus, Bigwood (2) a montré que la crise épileptique s'accompagne d'un certain degré d'alcalose humorale ; c'est l'acidose sanguine qui apparaît à la suite des chocs anaphylactiques ou protéiques.

D'autres faits cliniques montrent qu'il est difficile de voir une relation entre les crises épileptiques et les chocs colloïdoclasiques. L'expérience a montré qu'un choc laisse à sa suite un état d'immunité ou plutôt d'insensibilité temporaire qui peut se prolonger pendant plusieurs heures. Comment expliquer alors les crises en série, les crises successives dans l'état de mal ?

Les épileptiques ne devraient pas avoir de crises pendant et après les repas, car la digestion détermine un état sympathicotonique. Il est cependant fréquent de voir ces malades tomber en crise à la fin et après les repas.

Notons enfin que la sympathicotonie (simple section ou ablation du ganglion supérieur, ou résection totale), si elle a eu rarement un résultat favorable dans l'épi-

---

(1) CLAUDE (H.) et MONTASSUT. — Epilepsie et choc anaphylactique. *L'Encéphale*, juillet-août 1927, p. 533.

(2) BIGWOOD (E.-J.). — L'équilibre entre les bases et les acides dans l'organisme. *La Médecine*, 12 septembre 1921.

lepsie, n'a jamais aggravé la maladie. Chez des malades ayant subi cette opération, l'encéphale reste cependant soumis à une action prépondérante du vague.

L'hypothèse d'une relation entre un choc colloïdoplasique, un état hypervagotonique d'une part et les accidents épileptiques d'autre part, n'explique pas pourquoi un sujet soumis au même régime reste des mois, des années sans crise, n'indique pas sous quelle influence son équilibre vago-sympathique se rompt en faveur d'un état sympathicotonique, ne montre pas à quoi est due sa susceptibilité colloïdoplasique.

Cette hypothèse ne tient compte que des accès convulsifs, des vertiges et des absences ; elle est insuffisante pour expliquer les états mentaux confusionnels, les crises d'automatisme mental qui ne se présentent pas sous les allures d'un choc, mais bien d'un état continu, pouvant durer plusieurs heures et même plusieurs jours.

Les constatations qui démontrent la nature anaphylactique d'un accident paroxystique sont les suivantes :

1° les crises n'apparaissent qu'à la suite de l'action de substances déterminées ;

2° on peut produire dans le sang du sujet une crise humorale en le soumettant à l'action de la substance spéciale ;

3° on peut transmettre à un sujet la sensibilité spéciale d'un autre sujet en injectant son sang ;

4° on peut déterminer une cuti-réaction au niveau du trait de scarification qui a introduit dans la peau l'antigène actif ;

5° on peut éviter le choc anaphylactique en désensibilisant le sujet.

Ces conditions ont-elles été réalisées chez les épileptiques ?

Les sujets atteints d'affections en rapport avec les chocs colloïdoplasiques (migraine, urticaire, asthme, etc.) savent fort bien qu'ils doivent éviter l'absorption de tel ou tel aliment ou substance, car il est pour eux d'un grand intérêt de rechercher la substance qui les sensibilise. On n'observe rien de semblable chez les épi-

leptiques Les hypothèses les plus diverses concernant les substances anaphylactisantes ont été formulées. Chaque auteur, suivant ses tendances personnelles, a incriminé comme cause des crises les corps protéiques ayant une origine endocrinienne (Buscaino, Léopold Lévi (1), Dide et Guiraud), une origine digestive [Mendez (2), Wallis, Mackenzie, Nicol et Craig (3), Cohen et Lichtig (4), Milson (5)], une origine cérébrale [Papazolu (6)].

On peut objecter, il est vrai, que ces sujets peuvent être sensibilisés par une substance inconnue [Ward (7), Howell (8), Bardonnaut (9)], mais il faut alors reconnaître combien ont peu d'action sur l'évolution de l'épilepsie des agents antianaphylactiques, tels que le chlorure de sodium, la peptone, le calomel, l'adrénaline, le thorium X, l'autohémothérapie, etc.

Pagniez et de Léobardy (10) ont bien publié une observation de malades ayant des attaques à la suite de cri-

(1) LÉVI (Léopold). — Epilepsie et glandes endocrines. *Soc. de Médecine de Paris*, 24 janvier 1920.

(2) MENDEZ (J.). — Pathogénie et traitement de l'épilepsie. *Arch. de Psych. et de crimin.*, Buenos Aires, an IX, septembre-octobre 1910, p. 530.

(3) WALLIS, MACKENZIE, NICOL et CRAIG. — Protein hypersensibility in the diagnosis and treatment of a special group of epileptics. *Lancet*, 14 avril 1923.

(4) COHEN et LICHTIG. — Sensibilisation protéinique et épilepsie. *Ohio State Med.*, j.-septembre 1924, p. 571.

(5) MILSON (E.). — Quelques aperçus sur la pathogénie de l'épilepsie autotoxique dite essentielle. *Thèse de Montpellier*, 1924.

(6) PAPAZOLU (Mme A.). — Sur la production des substances biurétiques dans les centres nerveux malades (épilepsie, démence précoce, paralysie générale) et dans le corps thyroïde, le thymus et l'ovaire des Basedowiens par le sérum des individus atteints de ces mêmes maladies. *Soc. de Biol.*, 8 février 1913, p. 302.

(7) WARD (J.-F.). — La sensibilisation aux protéines cause possible d'épilepsie et de cancer. *New-York Méd. J.-A. Méd. Record*, n° 10, 17 mai 1922, p. 592.

(8) HOWELL. — Epilepsy and protein sensibilization. *Ohio State med.*, j.-septembre 1923, p. 660.

(9) BARDONNAUT (R.). — Epilepsie et anaphylaxie. *Thèse de Paris*, 19 mars 1926.

(10) PAGNIEZ (Ph.) et DE LÉOBARDY (J.). — Des conditions de production de la crise hémoclasique d'origine alimentaire chez certains épileptiques. *Soc. méd. des Hôp.*, 25 février 1921, p. 287.

ses hémoclasiques commandées par l'ingestion de chocolat, d'autres ont incriminé le lait, les œufs. Pagniez (1) reconnaît lui-même que ces cas sont exceptionnels et que l'on ne peut faire de la crise épileptique un phénomène d'anaphylaxie. Péron (2) conclut également : « Rares sont les cas où les modifications humorales pourront faire considérer les crises comme liées à des accidents d'ordre anaphylactique et relevant de la thérapeutique désensibilisante. » Pellacani (3) émet le même avis. Quant aux autres conditions démontrant la nature anaphylactique des crises d'épilepsie telles que sensibilisation d'un sujet par le sang d'un autre sujet, cuti-réaction sous l'influence de l'antigène actif, suspension des crises sous l'influence de la désensibilisation, elles n'ont pas encore été démontrées cliniquement.

La démonstration de la pathogénie colloïdoclasique des accidents épileptiques exige donc d'autres preuves que celles données jusqu'alors. L'observation des faits semble plutôt indiquer que les phénomènes humoraux, les modifications cytologiques du sang, les variations de la pression sanguine, les signes de déséquilibre du système neuro-végétatif que l'on constate avant, pendant et après les crises, sont la conséquence et non la cause des accidents.

#### DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Sans doute, la théorie anaphylactique ou colloïdoclasique de l'attaque d'épilepsie est encore très incomplète et présente beaucoup de points discutables, cependant j'estime que M. Marchand la considère avec trop de scepticisme.

---

(1) PAGNIEZ (Ph.). — Les phénomènes d'ordre anaphylactique dans l'épilepsie. *XV<sup>e</sup> Congrès français de Méd. Strasbourg*, 3-5 octobre 1921.

(2) PÉRON (N.). — Quelques notions pratiques sur l'épilepsie, sur ses formes anormales, sur son traitement. *La Vie médicale*, 15 décembre 1922, p. 1609.

(3) PELLACANI (G.). — Recherches sur la réaction de l'anaphylaxie par rapport aux hypothèses toxiques de l'épilepsie et de la démence précoce. *Rev. spir. di Fren.*, vol. XLI, f. 3, 15 novembre 1915, p. 415.

Au cours de recherches que nous avons faites avec Dide en 1920, nous avons trouvé, au début des crises, des variations nettes dans la pression sanguine, la leucocytose (de 7.000 à 15.000), la coagulabilité du sang. Bouché et Hustin ont à la même époque trouvé des résultats superposables aux nôtres, avec, en plus, des modifications de la viscosité du sérum. Tous ces résultats sont du même ordre que ceux trouvés dans l'asthme et les maladies analogues.

De même que l'asthme, la migraine, la rhinite spasmodique, l'épilepsie semble être le résultat d'une hypersensibilité locale à un antigène déchainant spécial, les autres antigènes restant sans effet. On sait que beaucoup d'asthmatiques présentent une sensibilité spécial à un antigène déterminé (odeur de suint de mouton, lapin, etc.). Il en est de même pour le rhume des foins, puisque, pour prodiguer la désensibilisation, on est obligé d'expérimenter successivement toute une série d'extraits de pollens et d'autres produits, avant de trouver celui qui est responsable de la réaction de la muqueuse nasale. Dans ces conditions, il est naturel de constater que les épileptiques restent également insensibles aux antigènes banaux qu'on peut leur injecter.

D'autre part, les substances dites anticolloïdoclasiques (hyposulfite, chlorure de calcium, adrénaline, etc.) ne sont pas des médicaments à efficacité absolue et indiscutable dans les maladies par hypersensibilité spécifique. Ils ne guérissent ni l'asthme, ni la migraine, ni les anaphylaxies alimentaires. Dans le cas de l'épilepsie leur action doit être encore moindre, car il faudrait les administrer juste avant l'attaque qui est impossible à prévoir.

Il est exact que la crise épileptique ne désensibilise pas l'organisme, mais cette particularité se retrouve dans toutes les maladies du même groupe. J'ai connu un malade qui ne pouvait supporter la moindre dose d'albumine d'œuf et chez lequel les crises d'anaphylaxie à prédominance intestinale n'empêchaient nullement une nouvelle ingestion d'être suivie de phénomènes graves.

J'ai signalé (1), qu'en dehors des inhibiteurs du système nerveux (bromures, gardénal), les crises étaient surtout suspendues après action de toxines ou de maladies à affinité spéciale pour les centres nerveux ; spécialement, le virus rabique, le venin de crotale, le tétanos. Ces maladies n'agissent pas par les anticorps dont elles provoquent la formation. En effet, après avoir inoculé à un certain nombre d'épileptiques de l'anatoxine tétanique — due à l'obligeance de M. Teller, — je n'ai obtenu aucune diminution du nombre des attaques. On sait que l'anatoxine est productrice d'anticorps sans réaction générale de l'organisme. Le mécanisme de l'action des agents neurotoxiques sur l'épilepsie reste encore à trouver.

M. MARCHAND. — J'attends que l'on me présente des cas d'épilepsie ayant cédé au traitement antianaphylactique par l'injection de substances albuminoïdes appropriées.

## Délire malicieux héboïdophrénique

par CAPGRAS, DUPOUY et BRIAU

Le titre Délire malicieux a été employé pour la première fois par Dally en 1877 dans un article des *Annales médico-psychologiques* et repris plus récemment par Dupré pour désigner une méchanceté morbide et systématique se traduisant par de mauvais tours, des espiègeries, des comédies, des simulations ou des mensonges nuisibles ou cruels, et quelquefois par des violences préméditées, tous actes généralement accomplis avec habileté et en vue de se faire remarquer. Ce trouble du caractère, manifestation habituelle de déséquilibre mental, de folie morale, d'hystérie ou d'épilepsie, peut être également symptomatique de démence précoce et notamment de cette forme spéciale que l'on a depuis longtemps décrite

(1) GUIRAUD (P.). — Traitement de l'épilepsie par les sérums et les vaccins. *Paris médical*, 1918.

sous le nom d'héboïdophrénie. Mais assez souvent, dans ce dernier cas, une affirmation catégorique ne se justifie que très difficilement à cause du faible degré de déficit intellectuel. A ce point de vue nous suivons, depuis près de quatre ans, une jeune fille intelligente qui, sans simulation ni mythomanie, n'en est pas moins profondément malicieuse, entêtée, orgueilleuse et consciente de ses actes. Le diagnostic étiologique de sa singulière perversion nous paraît devoir être encore réservé ou du moins mériter une discussion en tant qu'exemple d'héboïdophrénie.

Eveline est âgée aujourd'hui de 20 ans. Petite-fille de paralytique général, petite nièce d'une aliénée, atteinte de tics passagers dans l'enfance, très gâtée par sa mère, intelligente et studieuse jusqu'à sa formation, elle cesse de travailler vers l'âge de 15 ans. Elle devient alors sombre, sauvage, n'aime plus jouer avec ses camarades. Elle reste des heures dans la plus complète oisiveté, et perd toute coquetterie et toute pudeur. Elle ne fait plus sa toilette, laisse sa robe dégrafée, marche pieds nus, refuse de changer de linge, ne met ni chemise, ni pantalon et ne se laisse pas habiller. Elle se couche complètement nue et, même en présence de sa mère et de sa sœur, elle va et vient toute nue dans la maison.

Elle prend en outre des « manies », comme de manger des pelures d'orange ou des fleurs de tilleul et plus tard du vermicelle cru (un paquet par jour), ou de tremper après chaque bouchée son doigt dans la salière et le sucer. Elle oblige sa mère à dire pardon, à compter en français jusqu'à cent, ou en anglais. Elle vitupère contre ses professeurs et ses examens ; les premiers sont injustes envers elle, les seconds sont sots. Elle déclare vouloir abandonner ses études pour faire du commerce, prétend que sa mère l'a mal dirigée et n'a plus d'affection pour elle, que sa sœur la taquine et la contrarie ; elle voudrait se marier « parce que le mariage, c'est la vie ». Elle grimace ou rit sans motifs, ne paraît cependant ni délirante, ni débile, ni démente.

Lorsqu'on la laisse faire ce qu'elle veut — alimentation fantaisiste, dénudation et inaction complète — son humeur est facile et enjouée ; mais vient-on à l'admonester, à s'opposer à ses caprices, à ses perversions instinctives plutôt, elle s'irrite, s'encolère, devient violente.

En janvier 1924, Eveline passe quelques jours au service de Prophylaxie mentale où les recherches biologiques donnent les résultats suivants :

Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Besredka très positif (réaction confirmée le 28 octobre dernier).

Métabolisme basal 33,9. Quotient respiratoire 0,86.

Urée sanguine 0,31. Glycémie 0,99. Epreuve de la P. S. P. 33,3.

L'analyse psychométrique pratiquée au laboratoire de psychologie expérimentale du service de Prophylaxie mentale indique un niveau mental quelque peu inférieur à la normale, les résultats paraissant surtout tenir à un défaut d'attention et à une lenteur excessive de l'esprit.

Elle fait ensuite un séjour de quatre mois à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine où son état s'améliore rapidement. D'après sa mère, elle aurait bénéficié d'une satisfaction d'amour-propre au contact d'arrières aînés auprès desquelles son intelligence lui permet de briller sans effort. Elle se remet à l'étude et, quelques jours avant sa sortie de l'établissement, elle subit avec succès les épreuves du brevet élémentaire et du certificat d'études secondaires.

De fin 1924 à octobre 25, elle suit des cours à l'école Pigier et montre une aptitude marquée pour l'étude de la langue anglaise à l'exclusion de toute autre matière d'enseignement. Sa mère l'envoie alors en Angleterre pour y perfectionner son langage, mais, à peine arrivée, elle s'y déplaît, se déclare incapable de travailler et revient au bout de quinze jours. Dès lors son apathie et ses perversions se développent rapidement.

Entrée de nouveau dans le service de Prophylaxie mentale, elle profite d'un jour de visite pour se sauver



et rentrer chez sa mère, qui continue de nous tenir au courant de son comportement. « Elle ne supporte aucune observation, se met dans des colères terribles lorsqu'on lui fait le plus léger reproche. Si on ne lui dit rien, elle est charmante, causant de tout avec le plus grand raisonnement et le plus sain jugement. Elle sait parfaitement que ce qu'elle fait est repréhensible, mais elle dit *qu'elle ne peut pas faire autrement.* » (7 juin 1926).

« L'état d'Eveline empire de jour en jour. Quand elle ne sort pas, elle est toujours dévêtue. Elle s'amuse à uriner dans tous les coins de la maison, aussi bien sur un fauteuil que par terre. Elle devient de plus en plus irritable et violente. Il y a une huitaine de jours, étant en promenade avec nous, et pour une contrariété futile, elle s'est couchée dans un terrain vague, à la grande surprise de trois ouvriers qui se demandaient s'ils avaient affaire à une personne se trouvant mal ou ayant bu. Jeudi dernier, à Paris, elle m'a menacée de dégrafer sa robe (son unique vêtement), encore pour une minime contrariété. Elle ne se calme qu'à la promesse (vite réalisée) de bonbons ou de friandises. Hier, à la maison, elle a fait une scène terrible de jalousie à sa sœur, disant que c'était honteux de faire poursuivre les études de sa sœur, tandis qu'elle n'avait pas poursuivi les siennes. Elle répétait sans cesse : *je la tuerai.* Un moment même, elle est descendue à la cuisine chercher un couteau; mais, dès qu'elle l'a eu dans les mains, elle s'est calmée. » (21 juin 1926).

L'internement s'impose dans ces conditions; il est réalisé le 2 juillet 1926.

A Maison-Blanche on ne constate d'abord aucun signe de trouble mental : mémoire assez fidèle, malgré l'oubli de nombreuses notions scolaires, associations d'idées normales, réponses pertinentes, langage correct, conduite régulière, mais défaut total de spontanéité, affectivité conservée; point de signes hébéphréno-catatoniques, aucun signe neurologique; légère scoliose; menstruation régulière. Surprise de son internement, elle reconnaît cependant qu'elle a beau-

coup changé depuis quelque temps, qu'elle n'a plus de volonté, qu'elle ne peut rien faire, ni étudier, ni même s'habiller et qu'elle est de plus incapable de résister à ses envies. Sa mère et sa sœur, dit-elle, la rendent malade en contrariant ses caprices : quel mal y a-t-il à manger du vermicelle cru ou à rester toute nue dans la maison ? Elle avoue une certaine jalousie, voire un peu de haine à l'égard de sa sœur, plus heureuse qu'elle, quoique moins intelligente, déclare-t-elle. Elle s'indigne pourtant qu'on la croie capable de la frapper. Elle ne semble pas avoir de perversions sexuelles, elle ne se livre pas à l'onanisme. L'épreuve des associations d'idées n'a fourni aucun résultat. Cependant sa mère nous dit : « J'ai remarqué une ou deux fois qu'elle avait sur le lit des attitudes passionnelles que je ne comprends pas chez une enfant élevée de façon aussi innocente. Elle voudrait qu'on l'admire, qu'on trouve qu'elle est bien faite. »

Pendant un mois environ, la conduite reste correcte, mais sans la moindre activité utile. Il faut l'habiller, la déshabiller, faire sa toilette. Elle déclare en souriant qu'elle ne peut pas. Par ailleurs, très présente, attentive, elle cause volontiers avec le personnel ou les malades, lit des romans qu'elle est plus tard capable de raconter et attend impatiemment qu'on la fasse sortir. Cette sortie ne venant pas aussi vite qu'elle l'espérait, elle commence à réagir par des colères au cours desquelles elle met ses robes en lambeaux. Fin 1926, ces colères épisodiques deviennent plus fréquentes. Et dès lors, même en dehors de toute contrariété, elle se met à déchirer systématiquement ses vêtements personnels et ensuite tout ce qui lui tombe sous la main, draps, chemises, objets de literie. Elle vit complètement nue dans sa chambre. Un jour, elle voit une malade casser un carreau, elle l'imité bientôt après et casse, toutes les fois qu'elle le peut, carreaux et vaisselle. Ces actes n'ont aucun caractère impulsif. Elle sait fort bien se cacher et attendre le moment propice. Mais à la moindre inattention de l'infirmière c'est aussitôt un coup de poing dans un carreau, un

coup de coude dans une pile d'assiettes, un coup de pied dans une cruche. Tout ce qu'on laisse à sa portée est immanquablement détruit. Même à côté de sa mère, elle déchire ou casse. Fixée au lit, les mains immobilisées, elle déchire les draps avec ses pieds, elle déchire les maillots avec ses dents. Et depuis un an cette clastomanie systématique se poursuit sans émotion apparente, comme sans fatigue. C'est une sorte de persévération que rien ne lasse. La contrainte mécanique seule l'arrête et encore réussit-elle souvent à s'en défaire.

A cette manie destructrice s'ajoute en janvier 1927 une nouvelle perversion d'une malice évidente : le gâtisme et le barbouillage. Gâtisme nettement systématique, répété plusieurs fois dans la journée et de la manière qu'elle sait le plus désagréable pour le personnel. Laissée libre dans une chambre, elle enduit le parquet et les murs d'excréments, elle en répand sur les blouses des infirmières, elle en projette sur les autres malades. La conduit-on aux cabinets, elle souille le parquet tout le long du dortoir. La fixe-t-on au lit, elle salit au maximum alèses et matelas avec ses pieds et par des mouvements de bassin, et cherche à faire couler les matières sur le parquet. Elle choisit le moment où l'infirmière la nettoie pour lui uriner dans la main. Il est à remarquer que la malade accorde de préférence ses faveurs aux infirmières qui lui déplaisent, mais elle n'épargne pas celles qui lui sont sympathiques, ni même sa mère, urinant dans ses vêtements à chaque visite et ne manquant jamais de laisser une trace de son passage quand on la ramène à son lit.

Interrogée sur les raisons qui la poussent à agir de la sorte, elle ne fournit aucune explication. Elle proteste qu'elle n'a aucune intention malfaisante, tantôt elle rit des bons tours qu'elle réussit, tantôt elle semble en avoir honte, mais toujours elle répète qu'elle ne peut pas faire autrement. Placée dans un pavillon d'agitées, elle nous écrit : « J'ai le cœur d'autant plus gros que vous me promettez que j'irai à l'infirmerie si je ne déchire plus, mais je me sens incapable de

faire cet effort ; au contraire, chaque jour dans cet enfer m'apporte de nouveaux prétextes d'énervement.. Je ne peux rien vous promettre, me rendant compte que pour l'instant, je ne peux pas m'améliorer, mais je mets toute ma confiance en vous et vous demande de ne plus me laisser tant souffrir. » Ces actes ne paraissent lui procurer aucune jouissance sexuelle. Elle est contente de les exécuter, mais elle demande elle-même qu'on la camisole pour l'empêcher de casser.

A ces deux perversions constantes et stéréotypées s'associent quelquefois des actes qui révèlent la malignité de son caractère. Elle cherche par ses paroles à offenser, à blesser la susceptibilité du personnel, elle oblige une démente à manger ses excréments, elle pince, elle frappe les infirmières, en ayant bien soin de calculer le moment favorable. Un jour qu'une infirmière enceinte était seule dans le dortoir, elle l'appela auprès d'elle et lui lança un coup de pied dans le ventre. Il lui est arrivé plusieurs fois de tenter des violences contre sa mère. Elle manifeste par là ses antipathies, exerce des vengeance ou inflige des punitions. Car elle entend commander ; il faut que l'on cède à tous ses caprices. Ce besoin de domination s'exerce surtout à l'égard de sa mère, laquelle d'ailleurs s'est toujours montrée d'une faiblesse et d'une tendresse excessives. Récemment encore, Eveline voulait que sa mère se fit couper les cheveux, celle-ci finit par le promettre, mais ne tint pas sa promesse : ce fut alors une scène violente, des injures, des coups, une indignation véhémement pour ce manque de parole.

Par ailleurs, Eveline ne présente pas d'autre trouble mental. Malgré la vie malheureuse qu'elle mène, isolée, toute nue dans une chambre ou immobilisée sur un lit, elle garde une activité psychique incontestable : très présente, très au courant de ce qui se dit ou se fait dans le service, elle épie les conversations, retient les incidents, devine les antipathies, en fait son profit et les rapporte à sa mère. Notons, à ce propos qu'elle n'est pas mythomane. L'œil vif, la parole facile, elle plaisante avec ses compagnes, leur enseigne des

chansons ou les apprend, versifie, bref se conduit, intellectuellement, comme une jeune fille de son âge.

Son affectivité, sans être abolie, reste pervertie. Elle n'a point perdu le contact avec le milieu et s'y intéresse, mais elle se montre à peu près indifférente à la douceur et à la contrainte, encore qu'elle sente les piqures d'amour-propre. Elle rougit de honte quand on expose ses méfaits à des étrangers et nous reproche notre cruauté ou notre déloyauté, selon ses expressions. Elle sait apitoyer les gens, les attendrir par ses larmes ou ses protestations de bons sentiments. Mais en réalité elle ne souffre nullement de son état maladif; elle accepte, sans se plaindre, ce genre de vie et supplie simplement qu'on ne la change pas de pavillon. A l'égard de sa sœur, sa jalousie, sa haine ne désarment pas, malgré qu'elle l'ait félicitée spontanément d'avoir été reçue au baccalauréat. A l'égard de sa mère, elle se montre ordinairement affectueuse et pleure à chaudes larmes dès qu'on la prive de visites, mais à maintes reprises elle a trahi peut-être ses véritables sentiments par des réactions agressives, coléreuses ou même préméditées. Quoi qu'il en soit, sur ce point, voici, pour terminer, une lettre écrite le 10 avril dernier, document utile au diagnostic :

« MA CHÈRE MAMAN,

« Je suis bien triste depuis dimanche, je regrette de tout mon cœur ce qui s'est passé.

« Il y a déjà longtemps que j'aurais dû te faire des excuses, j'en ai eu l'idée aussitôt, mais ta première lettre m'a tellement glacée, il est vrai que je la méritais, que je ne m'en suis pas senti le courage.

« Ma petite mère, si tu savais combien j'ai été malheureuse au sixième pavillon, combien j'ai pleuré depuis Dimanche, mais malgré tout, je dois te l'avouer, j'espérais te revoir hier et me faire pardonner en étant plus gentille que jamais. Reviens me voir, je t'en supplie, afin que je puisse te faire oublier et que je puisse oublier moi-même cette mauvaise impression de dimanche.

« Depuis deux jours je suis à l'infirmerie, le docteur a eu pitié de moi, aussi malgré tout, je me sens un peu moins malheureuse. Depuis hier je relis sans cesse ta lettre et cette phrase : « J'ai peur de toi, maintenant ! » me crève le cœur.

« Pardonne-moi, ma chère maman, ce n'est qu'un vilain cauchemar, tu sais bien que je n'ai pas mauvais cœur et que cela ne se reproduira plus, j'ai eu tant de peine ! Je suis si malheureuse d'être ainsi seule, privée d'affection, en un mot exilée. Tes lettres me donnaient un peu d'espoir, me rappelaient le temps où tu m'aimais tant ; rappelle-toi lorsque tu me disais : « Nous ne pourrions jamais vivre l'une sans l'autre. »

« Je sais que tu ne m'abandonneras pas, que tu m'aimes encore. N'aie plus de rancune, je voudrais tant te voir dimanche et me jeter dans tes bras. Je vis dans cet espoir et je te quitte en t'embrassant de tout mon cœur.

« Ta petite Linette ».

En résumé, voilà une jeune fille qui, à 15 ans, est devenue incapable de tout effort intellectuel, s'est livrée à des actes bizarres et stéréotypés, a présenté des modifications du caractère, des sentiments de jalousie et de haine à l'égard de sa mère et de sa sœur et dont l'intelligence éveillée s'emploie maintenant à satisfaire un penchant irrésistible à la destruction malicieuse et au barbouillage excrémental. A quelle psychose rattacher cette perversion ? Il faut éliminer d'abord l'épilepsie, l'hystérie, l'encéphalite léthargique dont il n'existe aucun signe. Le déséquilibre mental ? Assurément, nous avons affaire à une dégénérée, hérédosyphilitique par son grand-père et de plus prétyberculeuse, dont une éducation maternelle mal comprise a développé les tares, lesquelles se sont ensuite singulièrement aggravées sans autre cause connue que la puberté. De ce premier facteur constitutionnel, il faut tenir le plus grand compte, mais il ne suffit pas à tout expliquer. Force nous est de faire intervenir l'action d'une autre maladie qui, au moment

dé la puberté a germé sur ce terrain particulièrement favorable.

Quelle est cette maladie ? Nous hésitons encore entre deux hypothèses. Au début nous penchions vers la psychasthénie. Nous craignons plutôt maintenant la démence précoce héboïdophrénique.

En faveur de la psychasthénie on pourrait invoquer, malgré le défaut d'introspection, l'aboulie consciente, l'émotivité, les tics, les obsessions. Cette clastomanie et ce barbouillage ont en effet l'allure d'impulsions obsédantes et irrésistibles que certains considéreraient peut-être comme les équivalents de perversions sexuelles ou la substitution des tendances sadiques et masochistes refoulées. Contre ces obsessions, il n'y a pas lutte angoissante, à les satisfaire au contraire la malade emploie toute la ruse et toute la vivacité dont elle dispose, mais leur empêchement détermine agitation anxieuse, tachycardie et exagération du réflexe oculo-cardiaque.

D'autre part, contre la démence précoce on citerait la conservation de l'activité intellectuelle, de l'affectivité, du contact avec la réalité ; on noterait l'absence de tout symptôme catatonique et même, de prime abord au moins, l'absence de ces signes que Guiraud énumérait récemment dans l'héboïdophrénie : autisme morose, accès de demi-stupeur et d'agitation, négativisme, occupations stériles stéréotypées, lenteur motrice. Tout cela paraît manquer.

Mais en fouillant davantage, on découvre dans le comportement de cette malade, des discordances et un ensemble de phénomènes, masqués à première vue par les apparences, qui révèlent un trouble profond du jugement, de la volonté, de l'affectivité et l'existence d'un narcissisme, d'un transitivity et d'une ambivalence schizophrénique. Peu consciente d'un trouble qu'elle est incapable d'analyser, elle rapporte aux autres, parents, amis, entourage, la responsabilité de ses malices ; méconnaissant l'indulgence qu'on lui témoigne, elle accuse une hostilité générale qui l'énervé et la révolte. Elle se plaint d'être maintenue, mais elle

réclame en même temps des liens solides : casse-t-elle quelque chose, on a fait exprès de la relâcher, c'est la faute de l'infirmière. Elle aime et hait à la fois les mêmes personnes. Tout en embrassant sa mère, elle cherche à la pincer, à la bousculer. On la voit l'air souriant et gracieux et l'on s'aperçoit qu'en sourdine elle brise ou souille un objet. Elle réclame à sa mère une robe et la déchire aussitôt. Elle manifeste la plus vive répulsion pour le quartier des gâteuses, mais elle ne cesse pas de gâter volontairement. Elle n'aime, elle n'admire que sa seule personne ; elle se juge supérieure aux autres et spécialement à sa sœur par l'intelligence et la beauté. Elle n'accepte aucun ordre, aucune remontrance, excuse tous ses actes ou nie l'évidence, mais elle aime commander et ne souffre pas qu'on lui désobéisse. Sa tendresse, ses larmes ou ses regrets ne sont qu'affectation et comédie. Elle ne s'angoisse pas à lutter contre son impulsion, mais au contraire, elle s'irrite de ne pas pouvoir la réaliser ; elle se montre souvent coléreuse, jamais anxieuse. Réussit-elle à casser ou déchirer, elle est contente, mais non soulagée, et cherche à recommencer aussitôt. Ce comportement stéréotypé semble résulter d'un négativisme fondamental, irraisonné et inaffectif, rebelle à tout traitement. Notons en outre que l'analyse psychométrique révèle un niveau mental inférieur dont le déficit augmente peu à peu. Il y a donc là, croyons-nous, une forme atténuée d'affaiblissement psychique qui, jointe au caractère malicieux et antisocial des actes, permet, non point d'affirmer, mais de soupçonner l'héboïdophrénie. L'avenir décidera.

#### DISCUSSION

M. DUPOUY. — Je suis depuis longtemps la malade présentée par M. Capgras. Elle était avant sa maladie gaie et enjouée. Ses premiers symptômes ont été l'opposition, le négativisme et le gâtisme. Rien ne faisait penser à la psychose maniaque dépressive. Actuellement, l'état physique est défectueux avec



amaigrissement et pâleur. Il faut insister sur ce fait que dès le début des troubles mentaux, la réaction de Besredka a été positive.

M. DELMAS. — Dans ce cas difficile, j'accepte un diagnostic différent de celui de M. Capgras. J'estime qu'il s'agit d'une psychopathie par association de constitutions pathologiques. Je constate chez cette malade des éléments cyclothymiques (dépression plus marquée dans l'humeur et l'affectivité que dans l'activité motrice), des éléments paranoïaques, perverses et aussi mythomaniacales, qui sont surtout visibles au cours des légères périodes d'excitation et de dépression.

Les formes de réaction rappellent l'obsession et l'impulsion. La malade hésite et ne sait pas au juste si elle pourrait ou non s'empêcher de casser les objets.

Malgré ce qu'indique M. Capgras, elle ne me semble pas affaiblie intellectuellement ; la qualité des sentiments qu'elle exprime, même s'ils ne sont pas sincères, indique la persistance de la finesse et de la pénétration. Il est probable que cette polydéséquilibrée fera des périodes d'intermission. Le pronostic est meilleur que celui qu'entraîne le diagnostic d'hébétéphrénie.

M. COURBON. — 1° A ne considérer que la conduite de la malade pendant l'interrogatoire ; elle n'a aucun affaiblissement intellectuel. Avec intelligence, opportunité et finesse, elle a répondu aux questions, ou les a éludées. D'autre part, entre son précédent internement et celui-ci, elle a été capable de passer son brevet d'études secondaires. — 2° Elle est fort attachée au réel, comme le prouvent ses réflexions vis-à-vis de l'entourage. — 3° Bien que habituellement malicieuse, son humeur varie comme le prouvent les lettres souvent pleines de remords et de tendresse écrites à sa mère. Au total, on constate chez elle un syndrome caractérisé par de l'inhibition intellectuelle et motrice, et par une humeur labile à prédominance taquine ;

ce syndrome rappelle l'état mixte de psychose maniaque dépressive, que Hecker a décrit sous le nom de manie taquine et dont j'ai rapporté un cas dans l'*Encéphale* de juin 1909.

M. René CHARPENTIER. — La malade présentée par MM. Capgras et Dupouy est très intéressante et le diagnostic en est particulièrement difficile à l'occasion d'une courte présentation en public. Je crois que tout le monde sera d'accord pour reconnaître dans cette observation l'importance fondamentale du déséquilibre congénital et des tares constitutionnelles sur lesquelles vient d'insister M. Delmas. L'existence de périodes de dépression et d'excitation légère sur lesquelles MM. Courbon et Delmas insistent également ne me paraît pas de nature à affirmer le diagnostic de psychose périodique qu'ils opposent au diagnostic de MM. Capgras et Dupouy. Il est peut-être risqué aussi d'affirmer l'absence d'affaiblissement intellectuel après le simple examen pratiqué devant la Société alors que l'examen pratiqué au laboratoire, à deux reprises, par les auteurs, conclut à l'existence de cet affaiblissement intellectuel. D'autre part l'autisme, l'ambivalence, le négativisme, mis en lumière par l'observation sont nettement en faveur de l'évolution d'un état schizophrénique avec lequel s'accordent aussi bien les tares constitutionnelles, les troubles de l'humeur et de l'affectivité. Enfin, la possibilité de rémissions que signale M. Delmas n'est nullement en contradiction avec le diagnostic de schizophrénie, les rémissions étant fréquemment observées dans ces états.

Il sera très intéressant de revoir cette malade dans quelques années. Pour ma part, le diagnostic de MM. Capgras et Dupouy me paraît celui qui tient compte de tous les éléments de l'observation.

La séance est levée à 18 h. 30.

*Les Secrétaires des séances,*  
BÜSSARD, GUIRAUD.

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### NEURO-PSYCHIATRIE

**La Syphilis nerveuse. Etiologie. Pathogénie. Prophylaxie. Traitement. Etudes cliniques et biologiques**, par A. SÉZARY, médecin de l'Hôpital Broca. (1 vol. in-8°, 208 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1926).

L'important travail de M. Sézary intéresse au plus haut point les psychiatres. Les manifestations nerveuses de la syphilis acquise ou héréditaire constituent une part très importante des faits observés par eux.

Dès 1902, M. Ravaut a montré la fréquence des altérations méningées aux diverses étapes de la syphilis. Pour M. Sézary, la méningite que révèle la ponction lombaire chez les syphilitiques est le témoin, et non la cause, des lésions nerveuses parenchymateuses qu'elle accompagne. Elle a une grande importance pour le diagnostic précoce et le traitement des affections nerveuses, mais ne mérite pas d'être la préoccupation de certaines méthodes thérapeutiques qui ont tenté d'agir directement sur elle par voie intrarachidienne.

Repoussant la théorie de la syphilis neurotrope soutenue il y a 50 ans par Morel-Lavallée, reprise par Nonne en Allemagne, par Marie et Levaditi en France, M. Sézary fait la critique de cette théorie dualiste et des divers arguments donnés en sa faveur.

Pour lui, le tissu nerveux possède, vis-à-vis du tréponème, une certaine immunité naturelle qui ne suffit pas à le protéger contre le spirille mais retarde son développement. Par contre, le tissu nerveux ne participe pas, dès la période secondaire, à l'immunité que vient d'acquérir l'organisme tout entier. Aussi les tréponèmes qui l'ont envahi s'y trouvent à l'abri, ils peuvent s'adapter, puis pulluler, déterminer enfin des lésions. Mais celles-ci seront atypiques puisqu'elles

échappent au facteur humoral qui régit les modalités classiques du processus syphilitique. Cette théorie pathogénique s'applique également à la paralysie générale et au tabes. Dès la période secondaire, les tréponèmes trouvent dans les centres nerveux un milieu où ils sont relativement à l'abri des anticorps et des agents médicamenteux. Ils y demeurent à l'état latent pendant un temps plus ou moins long tout en déterminant des réactions parenchymateuses dont la ménin-gite est un élément secondaire et la leucocytose céphalo-rachidienne un témoin précieux. Ces altérations latentes peuvent guérir spontanément, mais, dans un certain nombre de cas, les tréponèmes s'acclimatent, pullulent, le tissu nerveux les mettant à l'abri des médicaments spirillicides, et les signes cliniques apparaissent.

Telle est la pathogénie de la syphilis nerveuse parenchymateuse. Quant à l'artérite syphilitique cérébrale, ses lésions histologiques, dues au tréponème, ne diffèrent pas de celles constatées dans la peau et dans les viscères. Elle est donc justiciable des médications spécifiques usuelles.

Après avoir rappelé les discussions sur l'étiologie de la sclérose en plaques et conclu que, dans la règle, la syphilis n'y joue aucun rôle, M. Sézary donne les résultats d'un travail fait avec M. Barbé sur l'évolution des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et du sang chez les paralytiques généraux non traités. Il rappelle que des modifications spontanées, même accentuées, peuvent se produire en dehors de tout traitement, modifications d'ailleurs irrégulières et généralement passagères. La réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien, beaucoup plus stable que la leucocytose ou l'albuminose, ou que la séro-réaction sanguine, peut elle-même présenter des atténuations temporaires.

Tout syphilitique, écrit M. Sézary, est un candidat à la paralysie générale ou au tabes, au moins dans nos climats. Les lésions nerveuses, suivant la règle de Fournier, sont d'autant plus fréquentes que le traitement a été moins énergique et moins persévérant. L'existence d'une leucocytose céphalo-rachidienne chez un syphilitique indique un danger de syphilis nerveuse ; son absence témoigne le plus souvent, mais non toujours, de l'intégrité des centres nerveux. La ponction lombaire doit être faite chez un syphilitique au moment où l'on est disposé à suspendre le traitement intensif, nécessaire au début de l'infection jusqu'à stérilisation apparente, et à le remplacer par un traitement moins actif. Une deuxième, moins nécessaire, peut être faite après un traitement de consolidation ayant duré 3 ou 4 ans, au moment de suspendre toute thérapeutique. Elle confirme ou

infirme la décision dictée au thérapeute par l'examen clinique et humoral.

Après avoir passé en revue les médications utilisées dans le traitement de la neuro-syphilis (arsenic trivalent, arsenic pentavalent, bismuth, médication arséno-bismuthique). M. Sézary donne des observations tendant à démontrer que, traitée énergiquement dans les premières heures qui suivent son apparition, l'hémiplégie par artérite syphilitique est susceptible de guérison complète. De même, le traitement arséno-bismuthique précoce peut guérir rapidement les paralysies syphilitiques par méningo-myélite.

Rappelant ses recherches faites en collaboration avec M. Barbé sur le traitement spécifique de la paralysie générale, il conclut que le stovarsol provoque une amélioration et une atténuation des symptômes de cette affection avec une plus grande fréquence et une plus grande intensité que ne le font les médications antisiphilitiques usuelles. Chez les tabétiques, le traitement antisiphilitique doit être précoce, prudent, énergique, intensif, utiliser le mercure, l'arsenic et le bismuth. Mais c'est en s'attaquant aux lésions nerveuses latentes des premiers stades de la syphilis, révélées par la ponction lombaire systématique, que le médecin, détruisant le tabes *in ovo*, fera l'œuvre la plus utile.

René CHARPENTIER.

**L'Hygiène mentale et nerveuse individuelle**, par MM. HENRI BOUYER et MARTIN-SISTÉRON. *Préface de M. le Professeur HENRI CLAUDE*. (1 vol. in-8°, 352 pages, Norbert Maloine édit., Paris, 1926).

Excellent livre qui donne aux parents, aux médecins, aux éducateurs de sages conseils. Les auteurs indiquent d'abord les moyens de combattre l'hérédité névropathique ou psychopathique et de lutter contre les causes physiques ou morales des névroses et des psychoses. Puis, suivant l'être humain de sa naissance jusqu'à la mort, ils exposent les dangers qui guettent son système nerveux successivement, dans la première enfance, la période prépubérale, la crise pubérale, l'adaptation scolaire, l'adolescence, l'orientation professionnelle, le mariage, l'âge mûr, la ménopause, les maladies physiques, la vieillesse, et l'attitude qu'il convient d'avoir dans les diverses éventualités.

Décrivant sept constitutions névro-psychopathiques : hyperémotive, psychasthénique, mythomaniacque, paranoïaque, cyclothymique, schizoïde, perverse, ils indiquent pour chacune d'elles et pour les états d'arriération intellec-

tuelle l'hygiène mentale qui convient. Le livre se termine par quelques considérations sur l'assistance aux malades nerveux et mentaux et les progrès qu'elle devrait réaliser.

Ainsi que l'écrit le professeur Claude en présentant ce livre par une intéressante préface, MM. Bouyer et Martin-Sisteron ont, en un livre d'une lecture facile, donné « un bon résumé des tendances modernes en psychiatrie » en même temps que d'excellents conseils d'hygiène mentale et nerveuse.

René CHARPENTIER.

## PSYCHIATRIE

La signification des constitutions physiques dans les maladies mentales, par F.-I. WERTHEIMER et FLORENCE E. HESKETH. — *Préface* de LEWELLYS F. BARKER. (1 vol., in-8°, 90 pages, 25 fig., The Williams and Wilkins Co, édit., Baltimore, U. S. A., 1926).

Intéressant travail de la clinique psychiatrique Henry Phipps que dirige au Johns Hopkins Hospital de Baltimore le professeur Ad. Meyer. Les *Annales Médico-psychologiques* ont déjà publié une importante communication de M. Wertheimer sur les rapports de la morphologie humaine avec les types psychopathiques. Ce nouveau volume contient, avec l'historique et la bibliographie de la question, l'exposé des méthodes, la discussion des idées de Kretschmer, l'établissement par MM. F.-I. Wertheimer et Florence E. Hesketh d'un nouvel index. Des constatations de ces auteurs, il résulte que les types morphologiques asthéniques, athlétiques ou dysplasiques se rencontrent surtout dans les états schizophréniques et la constitution schizoïde (idiotropie) tandis que les états maniaco-dépressifs s'observent surtout, après 30 ans, avec les types pycniques ou pycnoïdes.

René CHARPENTIER.

## PSYCHOLOGIE ET PSYCHIATRIE

De l'Angoisse à l'Extase. *Etudes sur les croyances et les sentiments*, par le Dr Pierre JANET, Membre de l'Institut, Professeur de Psychologie au Collège de France. (1 vol. in-8°, 528 pages, 40 fig., Félix Alcan, édit., Paris, 1926).

La nouvelle œuvre de M. le Professeur Pierre Janet repose sur la remarquable observation d'une délirante mystique étudiée par lui pendant vingt-deux années dont les huit premières se passèrent dans son service, dans cette salle

Claude-Bernard, de la Salpêtrière, réservée par Charcot d'abord, par Raymond ensuite, au Dr Pierre Janet et d'où sortirent tant de travaux qui font aujourd'hui autorité. Cette observation de délire mystique constitue donc un document unique par sa durée, le milieu où elle fut faite, la valeur de l'observateur. Elle offre à l'étude les phénomènes de l'extase, les convictions de l'union intime avec Dieu et l'apparition de stigmates sur le corps. Une longue auto-observation, dont sont cités ici de nombreux extraits, emplit plus de 2.000 grandes feuilles. Les phénomènes intellectuels étudiés dans ce premier volume sont avant tout des croyances. D'ailleurs, ajoute M. Janet, la croyance paraît être le phénomène le plus important quand on considère le niveau moyen des intelligences humaines.

Dans une *première partie*, intitulée « *un délire religieux chez une extatique* », l'auteur donne la biographie de « Madeleine », née d'une famille catholique et pratiquant normalement sa religion, famille dont elle était le troisième enfant. Hyperémotive et douce, c'est vers 11 ans qu'elle présenta ses premières crises d'extase à la fin de périodes de tristesse, et des obsessions. A 19 ans, sous l'influence de l'horreur du monde et de l'amour de la pauvreté, elle quitta sa famille qui ne la retrouva, après cette fugue, qu'à la Salpêtrière, 24 ans plus tard, après une vie errante, pleine d'épreuves et de privations. Madeleine présenta, d'autre part, des troubles de la marche, des douleurs, et des déformations pour lesquels M. Pierre Janet émet l'hypothèse d'une syringomyélie à lente évolution.

Madeleine présentait cinq *états psychologiques* principaux que le Professeur Pierre Janet étudie successivement : un état d'équilibre, des états de consolation et des extases (recueils, extases, ravissements), l'état de torture, l'état de sécheresse, l'état de tentation.

Les états de consolation, à leurs divers degrés se caractérisent par la suppression des actions extérieures, le désintérêt de l'action, l'activité spirituelle et l'union avec Dieu, la foi dans l'histoire continuée et un sentiment de joie tout à fait spécial, intense, extraordinaire, qui semble bien être le symptôme propre de certains états extatiques. L'extase, chez Madeleine, est toujours suivie par le retour à l'équilibre.

L'état de tentation, d'obsession, de doute, se caractérise surtout par des crises d'obsessions scrupuleuses qui pouvaient durer plusieurs mois et auxquelles se rattache la fugue accomplie à l'âge de 19 ans en quittant la maison

paternelle. L'état de sécheresse, ainsi nommé par le sujet, est caractérisé par le sentiment du vide. Les états de torture se présentent comme des délires mélancoliques anxieux avec prophéties terrifiantes.

Sous l'influence d'une direction avertie à laquelle elle resta fidèle toute sa vie, Madeleine présenta des états « d'équilibre » de plus en plus fréquents dans lesquels les sentiments n'avaient plus le caractère de terrible souffrance ou de céleste bonheur mais gardaient ce degré moyen compatible avec l'action et la pensée.

Cet état évolua sous forme de crises périodiques très complexes séparées les unes des autres par des retours plus ou moins complets, plus ou moins longs, à l'état psychologique qui était normal pendant la jeunesse. Ces crises rares, courtes et simples dans la première jeunesse s'aggravèrent de 30 à 45 ans pour devenir ensuite moins fréquentes et moins longues jusqu'à la mort qui survint à 54 ans. Dans les dix dernières années de la vie, rares furent les grands délires de torture et l'extase.

Dans une *deuxième partie*, consacrée à l'étude des *croyances*, M. le Professeur Pierre Janet rappelle ses études antérieures sur les diverses manières d'agir, de parler et de croire, la psychologie de la conduite dans laquelle la force et la tension psychologiques jouent un rôle considérable, l'ordre hiérarchique des tendances : tendances psychologiques inférieures (conduite animale ou conduite avant le langage, agitation diffuse, action réflexe, tendances sociales et socio-personnelles, opérations intellectuelles élémentaires), tendances moyennes (langage inconsistant, tendances asséritives ou pithiatiques, tendances réfléchies), tendances supérieures (tendances rationnelles ou ergétiques, conduite expérimentale, tendances progressives dont une des conséquences les plus remarquables est le développement des conduites individuelles et originales, comprises et recherchées comme telles).

Au niveau moyen du développement de l'esprit se trouvent deux stades où les volontés et les croyances sont soumises à des lois différentes. La convergence des études psychologiques sur la distinction de ces deux stades montre qu'ils ont pour l'interprétation des malades, des enfants, des primitifs, une importance particulière. M. Pierre Janet examine successivement pour ces deux formes de volonté et de croyances (forme supérieure ou croyance réfléchie, forme inférieure ou croyance pithiatique), l'adaptation de ces croyances à la société, leur adaptation à la



réalité donnée, l'adaptation à l'organisme lui-même. Il donne successivement une étude du mensonge, dans laquelle il rappelle l'intéressant travail du regretté Arnaud sur la sincérité de certains délirants, de la mythomanie qu'il faut distinguer des fabulations. Il faut faire, autant que possible, le diagnostic du mensonge et de la délusion, la distinction des deux formes essentielles de la croyance. Pour comprendre les maladies mentales du niveau moyen de l'esprit, il est indispensable de connaître l'être et le réel : l'être, c'est ce que l'on croit par assentiment immédiat, le réel c'est ce que l'on croit après réflexion. Ce sont les opérations particulières de la réflexion qui ont donné à l'idée et à la pensée leurs caractères spéciaux. Les troubles du sentiment du réel, si fréquents dans les névroses, se trouvent toujours chez des individus qui ont des troubles de la croyance réfléchie. Ils se surajoutent à des phénomènes d'aboulie, au trouble de la décision réfléchie.

M. Pierre Janet étudie ensuite les degrés du demi-réel, le presque réel, le personnage asséritif, le moi réfléchi, la corrélation des stades psychologiques; au stade "asséritif apparaît le personnage, au stade réfléchi le moi; plus haut nous voyons se développer la personne, le sujet, l'individualité.

La croyance asséritive joue un grand rôle dans l'enfance. Chez l'adulte normal, elle est dominée par des tendances supérieures mais reste latente et, réapparaissant dans des circonstances diverses, peut jouer un grand rôle dans certains troubles morbides.

Un important chapitre est consacré au *délire psychasthénique*. M. Pierre Janet rappelle que, dès 1903, il a indiqué que le passage de l'obsession au délire est plus fréquent qu'on ne le croyait. Il rappelle également le mémoire d'Arnaud sur le même sujet. Donnant en exemple des cas typiques, il signale les modifications de la volonté et de la croyance dans les deux états. Il montre que la première croyance, celle qui existe chez l'individu normal quand il n'est pas suggestionné, chez le douteur quand il guérit réellement, ou quand il arrive au terme d'une délibération, est évidemment la croyance réfléchie. La seconde, la croyance pendant la suggestion et pendant l'état de délire psychasthénique, c'est celle du stade asséritif. L'étude de la notion de personnalité au cours du délire confirme le rapprochement avec ce qui existe au cours du stade asséritif chez l'enfant, le prélogique ou le débile mental.

Il faut admettre, au cours de la vie, des oscillations pas-

sagères de la tension psychologique qui déterminent des ascensions ou des descentes dans la hiérarchie des tendances psychologiques. C'est cette hypothèse qui semble la plus capable d'expliquer ces faits complexes que l'on observe chez les psychasthéniques et le passage de l'obsession au délire. Les caractères cliniques que présente le délire psychasténique dépendent donc de deux conditions, l'une particulière, un état de doute et d'aboulie assez prolongé avant la crise de délire, l'autre, plus générale, l'abaissement de la tension psychologique et la transformation de la croyance réfléchie en affirmation immédiate.

Dans la *troisième partie* de ce premier volume, l'auteur étudie les *troubles intellectuels dans le délire religieux*. Ce qui frappe au premier abord dans la description de l'état de tentation, c'est le grand développement des *obsessions*. Comme conséquence apparaît le besoin de direction si caractéristique des états psychasthéniques. Au *doute* et à la *timidité* vient s'adjoindre l'*ascétisme* qui, pour le Professeur Pierre Janet, est analogue à la timidité et dépend également d'une faiblesse de l'action. Depuis son enfance, Madeleine supprimait toutes les satisfactions, toutes les jouissances que la vie pouvait lui procurer en supprimant les actions qui pouvaient procurer ces satisfactions. Elle présente encore ces autres caractères des asthéniques et des abouliques ; le mécontentement du monde où nous vivons et le refuge dans l'imaginaire. Ce qu'elle appelle son état d'équilibre présente presque complètement des caractères opposés à l'état précédent, il en est en quelque sorte la guérison.

Mais ce n'est pas simplement une psychasthénique présentant de temps en temps des crises de dépression avec doutes et obsessions, puis remontant à un état de réflexion plus complète. Les états de torture et de consolation sont caractérisés par des troubles très graves. Ils se succèdent logiquement, l'expiation précédant la récompense, et se mêlent souvent. La croyance est, dans les deux cas, complète et immédiate. L'absence de discussion s'accompagne de ce *sentiment d'inspiration, de révélation* noté chez les mystiques. Ici encore l'on retrouve ces caractéristiques des délirants psychasténiques : l'absence de travail, d'effort, de réflexion, les troubles de la personnification. L'existence de cette croyance immédiate, mal nuancée, mal critiquée, s'accompagne de phénomènes de suggestion et de modifications de la personnalité exagérée et brutale.

L'état mental délirant détermine cette singulière démar-

che sur la pointe des pieds peut-être en rapport avec une épine organique qui donne à M. une attitude si singulière. Quant aux stigmates, la critique faite par le Professeur Pierre Janet, les lui fait considérer comme un phénomène ayant des liens étroits avec l'état de croyance asséritive qui a rempli la période de torture et de consolation.

Le contenu du délire religieux est, pour une part importante, déterminé par l'état psychasthénique. Ainsi que l'a montré le professeur Blondel, de Strasbourg, dans son beau travail sur « La Conscience Morbide », le délire qui semble bien systématisé n'a pas toujours eu autant d'unité qu'on pourrait le supposer. Ces tentatives de délire aboutissent à un *délire d'union* dont l'essentiel ne paraît pas être, à M. Pierre Janet, l'idée religieuse, mais l'amour, amour satisfait dans les états de consolation, amour malheureux dans le délire de torture. Ces faits sont analogues aux obsessions et aux délires à propos des sentiments de haine et d'amour chez des malades pour qui l'amour a une grande importance, mais qui sont incapables d'établir des relations sociales correctes et dont les croyances sont facilement troublées. M. Pierre Janet montre que cette croyance à l'Union avec Dieu présente un grand nombre de caractères décrits dans les obsessions de direction et dans les délires d'amour des obsédés psychasthéniques. Ce délire n'est qu'une forme du délire de direction des psychasthéniques.

La notion du délire psychasthénique qui peut se greffer sur un terrain de doute et de réflexion insuffisante permet d'interpréter une grande partie des faits observés dans les délires mystiques. Cette observation et d'autres qui doivent lui être comparées seront encore l'occasion pour l'auteur d'une nouvelle étude sur la nature des sentiments et le rôle qu'ils jouent dans la conduite.

Un résumé ne peut exprimer l'intérêt que présente ce livre dans lequel le Professeur Pierre Janet, à propos d'une observation de longue durée d'un cas particulièrement intéressant, a réuni de nombreux faits et exposé ses idées sur un grand nombre de questions.

René CHARPENTIER.

*L'Enfant turbulent. Etude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*, par le Dr H. WALLON, agrégé de l'Université, Docteur ès lettres (1 vol. in-8°, 654 pages, Félix Alcan édit., Paris, 1925).

Le titre de cet important travail ne rend pas un compte exact de l'abondance des matières qu'il renferme. Ce titre

a été fourni par l'agitation, frénétique ou stéréotypée, en tous cas très monotone, souvent présentée par les enfants anormaux. Il est heureusement complété par un sous-titre beaucoup plus explicite.

Après avoir rappelé les nombreux facteurs pathogènes héréditaires ou acquis des anomalies de l'enfance, l'inexactitude ou l'incertitude des témoignages recueillis à leur sujet, M. Wallon, dans l'Introduction, traite de l'activité préconsciente ou impulsive, forme d'action la plus dégradée et qui se rencontre avec une fréquence presque spécifique dans l'épilepsie.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des *stades du développement psycho-moteur* : stade émotif, stade sensitivo-moteur et stade projectif. Le chapitre consacré au *stade émotif* est un remarquable exposé critique des effets et manifestations de l'activité émotionnelle chez l'enfant (dualité de l'impulsivité pure et de l'émotion, appétit des caresses, intolérance pour la présence d'autrui, colère, joie, peur, tristesse), des théories et interprétations. Après avoir fait la critique de la distinction des émotions en hyper et hyposthéniques, exposé les explications sympathique, humorale, chronaxique même de l'émotion, M. Wallon montre que c'est l'analyse de l'activité motrice sous toutes ses formes qui indiquera s'il n'y en a pas quelque une dont les caractères répondraient assez à ceux de l'émotion pour lui servir d'origine et en expliquer les effets. Il passe en revue les rapports de l'émotion avec la fonction posturale, la sensibilité sympathique, le spasme et les réflexes conditionnels, l'automatisme, l'évolution psychique, l'activité mentale, le langage. Les émotions marquent la prépondérance du système tonico-viscéral sur les fonctions de relation. S'il est permis de les considérer comme répondant à un stade de l'évolution psychique, c'est que, développant la conscience affective, elles en font surgir des moyens d'union grégaire entre les individus.

Au *stade sensitivo-moteur* se place l'étude d'une autre sorte de réactions, prenant naissance aux mêmes sources organiques que l'émotion, mais dont l'orientation est inverse : conscience sensitive, ses origines viscérales et toniques, kinesthésie et représentation, motilité et perception du corps propre, motilité et perceptions sensorielles, conscience intersensorielle, conscience objective.

Entre les étapes subjectives de la conscience et le moment où des systèmes de représentation lui paraîtront à la fois exprimer l'univers, l'expliquer elle-même et déter-

miner ses réactions, s'intercale une zone difficile à reconnaître au cours de l'évolution normale, moins sans doute en raison de sa fugacité, que de la poussée multiple de tendances, qui en dérobent les contours. Dans le chapitre consacré au *stade projectif*, M. Wallon décrit l'avènement de la motilité intentionnelle dans la conscience subjective, la subordination de la conscience aux fonctions et appareils de l'expression, la conscience projective et concrète, l'apparition de la pensée abstraite.

Dans une *deuxième partie*, l'auteur passe en revue les *syndromes psycho-moteurs*. La pathologie des rapports de l'activité mentale et du mouvement se traduit en clinique par le *syndrome de Dupré*, syndrome de débilité mentale et motrice caractérisé par la perturbation fréquente du réflexe plantaire, l'exagération des réflexes tendineux, la syncinésie, la maladresse, la paratonie. A ces symptômes s'ajoute le signe d'A. Collin (aptitude à garder sans apparence de fatigue la position donnée aux membres). L'association, la coexistence des anomalies motrices et mentales dénote, pour Dupré, une insuffisance du développement cortical. Les signes moteurs du syndrome sont loin d'être strictement pyramidaux. Il est des manifestations conjuguées d'asynergie motrice et mentale que certains signes d'insuffisance cérébelleuse rendent identifiables, d'autres imputables au système strio-mésencéphalique, d'autres enfin, états d'agitation à formule surtout idéo-motrice, dont la cause doit être cherchée dans un vice de coordination hiérarchique entre les territoires corticaux.

M. Wallon décrit successivement le *syndrome d'asynergie motrice et mentale*, rappelant les signes d'insuffisance cérébelleuse mis en lumière par M. Babinski, la motilité asynergique coexistant souvent avec une déchéance profonde du psychisme, asynergie psycho-motrice à laquelle s'associent souvent des particularités mentales qui ne font pas partie du syndrome ;

les *syndromes psycho-moteurs d'hypertonie*, mentionnant les signes d'insuffisance sous-corticale et mésencéphalique, les troubles de la motilité et les troubles psychiques dans les états d'hypertonie-chorée ;

les *syndromes d'automatisme émotivo-moteur*, exposant les notions actuelles sur les fonctions opto-striées, la pathologie opto-striée, les conséquences psychiques de la simple incontinence opto-striée et plaçant dans ce chapitre une étude de la perversité ;

les *syndromes d'insuffisance frontale* étudiant la physio-

pathologie du lobe frontal, l'insuffisance frontale et son influence sur le psychisme de l'enfant.

Cet excellent livre, dont l'aspect un peu touffu est dû à la richesse de l'érudition et à l'abondance de faits bien observés, renferme 214 observations cliniques personnelles. Il représente un travail considérable et constitue un véritable traité du développement neurologique et psychologique de l'enfant et de ses anomalies. Il intéressera autant le médecin que le psychologue et sera consulté par tous ceux qui voudront désormais étudier la psycho-pathologie infantile.

René CHARPENTIER.

### BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par L. VIDAL et M. DAREAU. Edition de 1927. 1 vol. in-16 de 700 pages (*Office de vulgarisation pharmaceutique*, 107, rue Lafayette, à Paris).

Tous les médecins connaissent et apprécient ce petit ouvrage, véritable pendant du formulaire magistral.

Une courte et claire notice permet de retrouver rapidement le nom, la forme, les indications et la posologie des principales spécialités pharmaceutiques.

Sous une forme commode et portative, le *Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques* remplace utilement les collections rarement à jour, des brochures compactes, envahissantes et difficiles à classer et permet au praticien débordé de se tenir au courant des nouveautés avec le minimum d'efforts et de perte de temps.

L'édition 1927, revue et considérablement augmentée, trouvera certainement auprès du Corps médical le même excellent accueil que ses devancières.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société de Psychiatrie

Séance du 20 Octobre 1927

**Paralysie Générale chez un Arabe.** — M. Aug. MARIE présente un nouveau cas de P. G. chez un Arabe et rappelle que la notion d'après laquelle les Arabes syphilitiques ne deviennent jamais P. G. est une légende.

**Etude comparée de la sphymométrie chez les trépanés, de la pression céphalo-rachidienne et de la tension rétinienne.** — MM. TINEL, LAMACHE, DUBAR signalent le parallélisme obtenu par ces trois méthodes dont les renseignements sont comparables sur la circulation cérébrale et la tension du L. C.-R. Elles révèlent les mêmes modifications circulatoires sous l'influence des agents pharmaco-dynamiques, ainsi que de l'émotion, de l'hyperpnée ou de l'inhalation d'oxygène. Ces 3 procédés d'exploration traduisent à la fois l'état de vasoconstriction ou de vaso-dilatation des artères cérébrales, les diminutions ou augmentations de volume du cerveau et les élévations ou baisses du L. C.-R. qui en sont les conséquences. L'examen le plus commode est celui de la tension rétinienne qui permet de suivre les variations successives de la circulation cérébrale au cours des crises d'excitation et de dépression, dans les syndromes émotionnels, dans les diverses crises névropathiques et les crises oculogyres de l'Encéphalite épidémique.

**Révélation d'une P. G. fruste par des hallucinations auditives sans délire, secondairement réduites.** — M. CEILLIER donne l'observation d'un malade ayant présenté un syndrome transitoire d'hallucinoïse. Le point de départ paraissant toujours ou presque toujours organique, il importe, dans de tels cas, de procéder à un examen neurologique et psychiatrique particulièrement minutieux. Grâce à ce principe, M. Ceillier a pu révéler chez son malade une P. G. fruste qui aurait été probablement longtemps ignorée sans un examen systématique.

Réactions transitoires du L. C.-R. au cours de psychoses toxiques. Leur signification. — MM. CLAUDE, TARGOWLA, LAMACHE ont étudié le L. C.-R. chez neuf alcooliques au cours d'accidents subaigus ; dans six cas, il se montra normal ; dans trois, il existait une réaction albumino-cytologique jointe à un type méningitique de la réaction du benjoin et, pour une malade, à une hypertension relative du liquide. Ces altérations disparurent avec les accidents d'alcoolisme. Or, dans un cas, il s'agissait d'une hérédosyphilitique certaine avec atteinte antérieure du névraxe, dans l'autre on trouvait des antécédents de syphilis héréditaire probable, dans le troisième une histoire familiale de tuberculose et une méningite dans l'enfance.

Il faut donc considérer ces réactions passagères comme une véritable réactivation sous l'influence de l'intoxication et ceci est à rapprocher des phénomènes de neuropexie étudiés par Dujardin. La méiopragie, la fragilité particulière qu'ils révèlent n'est d'ailleurs pas uniquement nerveuse, mais s'étend à d'autres appareils de l'organisme et au rein notamment. De telles constatations apportent de nouveaux éclaircissements à la notion vague et en partie verbale de dégénérescence mentale ou, plus généralement, de prédisposition psychopathique.

Obsessions impulsions consécutives à l'Encéphalite léthargique. — MM. CLAUDE, BARUK, LAMACHE présentent trois malades chez lesquels, à la suite de l'encéphalite épidémique, se sont développées des obsessions impulsions (à s'arracher les dents, à s'attacher, à étrangler les chats). Ces obsessions impulsions, par leur caractère de conscience, de lutte et de remords consécutif se différencient des perversions post-encéphalitiques habituelles. Les auteurs insistent sur l'intérêt des syndromes rappelant les psycho-névroses, réalisés par l'Encéphalite léthargique.

Délire hypocondriaque avec idées de zoopathie chez une diabétique. — Mlle SERIN présente une malade qui se croit habitée par un loup et divers animaux. Elle a de l'anxiété pantophobique et de vagues idées d'auto-accusation. C'est une malade diabétique dont les troubles ont apparu après la disparition de la glycosurie, malgré une glycémie de 1 gr. 50.

André CEILLIER.

---



# VARIÉTÉS

---

## NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR VICTOR-ALOYSE ADAM

C'est avec peine que nous apprenons la mort du D<sup>r</sup> Adam, médecin-directeur honoraire de l'Asile Saint-Georges, à Bourg, survenue le 23 octobre 1927, après une courte maladie. Avec le D<sup>r</sup> Adam disparaît un des plus anciens collaborateurs des *Annales* où, en plus d'articles originaux, il analysa pendant de longues années les travaux parus dans les journaux allemands.

Né à la Wanzenu (Bas-Rhin), en 1854, il opta pour la France après la guerre de 70, fit ses études de Médecine à Nancy et, comme son compatriote et ami Ritti, fut interne à l'asile de Fains où il prépara sa thèse sur le traitement de l'épilepsie. Il avait demandé un poste dans les asiles publics, quand, en 1882, l'Inspecteur général Constans le fit nommer à Bourg ; il devait y rester toute sa vie. D'abord attaché à l'asile des femmes, La Madeleine, en qualité de médecin-adjoint, il devenait, cinq ans après, directeur de l'asile Saint Georges (service des hommes) où il resta quarante et un an. Admis à prendre sa retraite, il y a dix mois, il était remplacé par son fils, le D<sup>r</sup> Emile Adam.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer à plusieurs reprises ce robuste vieillard, à l'abord si sympathique, chez lequel la modestie s'alliait à une connaissance approfondie de la médecine mentale. Excellent clinicien, il avait médité les conseils d'Esquirol :

« Le médecin doit être en quelque sorte le principe de vie d'un hôpital d'aliénés. C'est par lui que tout doit être mis en mouvement ; il dirige toutes les actions, appelé qu'il est à être le régulateur de toutes les pensées..... Il faut donc vivre avec les fous pour avoir des notions exactes sur les causes, les symptômes, la marche, les crises, les terminaisons de leur maladie : il faut vivre avec eux pour apprécier les soins infinis, les détails sans nombre qu'exige leur traitement. Quel bien ne retirent point ces malades

d'une communication amicale et fréquente avec le médecin qui les traite ! Que de leçons précieuses celui-ci ne recueille-t-il point relativement à l'influence de l'homme physique sur l'homme moral et réciproquement ! »

Ces principes, le Dr Adam les appliquait à la lettre. Il ne pensait qu'à ses malades, partageant son temps entre « ses quartiers » et son bureau. Jusqu'à la fin, il est resté en communication avec eux, aidant le fils qui lui avait succédé, heureux de le remplacer au besoin. A ses derniers moments, il avait tenu à garder, auprès de lui, non seulement sa famille, mais aussi des membres du personnel et certains de ses malades et s'entretenait tranquillement avec tous, bien qu'il sentit sa fin prochaine.

Il aura eu la joie de laisser derrière lui deux fils pour lui succéder dans la carrière qu'il a tant aimée, nos collègues et amis les docteurs Frantz et Emile Adam auxquels nous adressons, ainsi qu'à leur famille, l'expression émue de notre plus vive sympathie.

H. C.

## UNIVERSITÉ DE PARIS, INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

: ANNÉE SCOLAIRE : 1927-1928

**Psychologie générale, M. DELACROIX.** — Question de Psychologie. Les mardis à 17 h., Sorbonne, Amphithéâtre Descartes (1<sup>er</sup> Sem.). *Exercices pratiques. Leçons d'étudiants.* Les lundis à 14 h., Sorbonne, Amphithéâtre Guizot (1<sup>er</sup> Semestre), Salle G. (2<sup>e</sup> Semestre). *Direction des travaux et de recherches.* Les lundis à 17 h., Sorbonne. Cabinet attenant à la salle E. (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres). M. MEYERSON. — *Exercices pratiques. Leçons d'étudiants.* Les samedis à 15 h., Sorbonne, Salle F. (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

**Psychologie pathologique et expérimentale, M. DUMAS.** — *Les directions de la psychologie pathologique.* Les dimanches à 8 h. 1/2, Asile Clinique, 1, rue Cabanis (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres). *Exercices pratiques.* Les mardis à 10 h., Asile Clinique, 1, rue Cabanis (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

**Psychologie expérimentale et comparée, M. JANET.** — L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. Les lundis et jeudis à 13 h. 3/4, Collège de France, Salle 8 (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

**Psychologie physiologique, M. PIERON.** — Les sensibilités cutanées. Les mercredis à 14 h. 1/2, Collège de France,

Salle 3 (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres). M. MEYERSON. — *Travaux pratiques* (Sensations, perceptions, motricité, émotions; efficacité mentale). Les vendredis à 9 h. 1/2, Sorbonne. Laboratoire de Psychologie physiologique (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

Psychologie zoologique, M. RABAUD. — L'hérédité. Organe des sens et comportement. Les mardis et mercredis, à 10 h., Sorbonne, Amphithéâtre de Géologie (2<sup>e</sup> Semestre). Mlle COUSIN. — *Démonstrations et Exercices pratiques*. Les samedis à 14 h., Sorbonne. Laboratoire de Biologie expérimentale (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

Section de pédagogie, M. WALLON. — *Psychologie appliquée à l'éducation*. La pensée de relation chez l'enfant. Les jeudis à 15 h. 1/2, Sorbonne, Amphithéâtre Guizot (1<sup>er</sup> Semestre). *Conférences de psycho-pédagogie*. Les jeudis à 14 h., Sorbonne, Salle F. (2<sup>e</sup> Semestre). *Travaux pratiques*. Les jeudis à 9 h. 1/2. Laboratoire de Psychologie pédagogique. Groupe Scolaire, 28, rue de la Mairie, Boulogne-sur-Seine (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

Section de psychologie appliquée (Application au travail et à l'industrie, sélection et orientation professionnelles). H. PIERON. — *Conférences techniques et direction de travaux d'élèves*. La mesure en psychologie (Psychométrie et psychographie). Les méthodes de tests. Le calcul des corrélations, etc. (avec le concours de MM. Fessard et François). Les lundis, à 17 h., Sorbonne, Salle S. (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres). M. LAHY. — *Travaux pratiques et conférences techniques*. La psychotechnique, science expérimentale. La méthode psychotechnique appliquée à la sélection, à l'orientation professionnelles, à la psychiatrie. Le calcul des machines. Les vendredis à 14 h., Asile Clinique, 1, rue Cabanis; Laboratoire de Psychologie appliquée (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> Semestres).

Les élèves pourvus du diplôme de Psychologie appliquée pourront être autorisés à suivre pendant une année des exercices pratiques de perfectionnement destinés à les préparer aux recherches et aux applications industrielles.

L'Institut de Psychologie décernera le titre d'*élève diplômé* (de psychologie, de pédagogie, ou de psychologie appliquée) aux étudiants justifiant d'une scolarité de deux semestres, ayant suivi avec assiduité les enseignements de la section correspondante et ayant satisfait aux examens de fin de semestre.

Des recherches en vue des Diplômes d'Etudes Supérieures et des Doctorats pourront être poursuivies dans les laboratoires de l'Institut.

Les élèves pourvus du diplôme de psychologie générale et du diplôme de psychologie appliquée pourront, dans des conditions de scolarité déterminées et après un travail de recherches personnelles, briguer le diplôme *d'expert psychotechnicien de l'Université de Paris*.

Pour être admis aux cours et conférences, les étudiants devront être immatriculés à l'une des Facultés de l'Université de Paris et inscrits sur les registres de l'Institut. Pour être admis aux Travaux Pratiques, ils devront verser un droit semestriel de *150 francs*.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat, Sorbonne, Salle R, Escalier A, 2<sup>e</sup> Etage, l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 4 heures.

*Le Doyen de la Faculté  
des Lettres,*

Signé : F. BRUNOT.

*Le Doyen de la Faculté  
des Sciences,*

Signé : Ch. MAURAIN.

*Le Recteur,  
Président du Conseil de l'Université,*

Signé : S. CHARLETY.

## HYGIÈNE MENTALE

Le Premier Congrès international d'Hygiène mentale se tiendra à Washington en avril 1929. Un Comité international d'Hygiène mentale est en voie de formation. Le Secrétaire général en est M. Clifford W. Beers, Secrétaire du Comité national d'Hygiène mentale dont le siège est à New-York.

## DEUXIÈMES JOURNÉES MÉDICALES ET VÉTÉRINAIRES MAROCAINES

ORGANISÉES PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE DU MAROC

*Casablanca-Rabat. — 3-8 avril 1928. — Semaine de Pâques*

Le programme scientifique provisoire comprend : A) Des rapports et communications :

« *Sur les auto et hétéro greffes chez l'homme et chez les animaux et en particulier sur les greffes glandulaires* ».

*Rapporteurs* : M. le Professeur Leriche, de Strasbourg ; M. le Docteur Dartigue, de Paris ; MM. le Vétérinaire Principal Monod et les Docteurs-Vétérinaires Velu et Balozet, du Service de l'Élevage du Maroc.

B) Des conférences sur les sujets suivants :

1° *La vaccination antituberculeuse par le B. C. G.*, par M. le Professeur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris ;

2° *Lés anatoxines*, par M. Ramon, Directeur de l'Annexe de l'Institut Pasteur de Garches ;

3° *La chirurgie duodénale et vésiculaire*, par M. le Professeur Lardennois, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien des Hôpitaux de Paris ;

4° *Les mésoencéphalites et leurs séquelles*, par M. le Professeur Cruchet, de la Faculté de Médecine de Bordeaux, médecin des Hôpitaux.

5° *Des affections à virus filtrables et de leur thérapeutique par les sérums de sujets guéris*, par M. le Professeur Vallée, Directeur du Laboratoire de Recherches des services sanitaires vétérinaires (Alfort) ;

6° *Diagnostic et traitement des splénomégaties tropicales*, par M. le Professeur Constantini, de la Faculté de Médecine d'Alger ;

7° *Etiologie des splénomégaties tropicales, présentation de coupes et de pièces*, par M. le Docteur Nanta, de la Faculté de Médecine d'Alger.

8° *Les gastro-entérites de l'enfance*.

9° *Hygiène générale d'une grande ville moderne*, par M. le Docteur Jules Renault, médecin des Hôpitaux de Paris, conseiller technique sanitaire du Ministère de l'Hygiène.

C) Des communications marocaines. — Afin d'aider à la diffusion de leurs travaux, le Comité d'Organisation a décidé de réserver une séance à des Communications de Médecins ou de Vétérinaires du Maroc.

#### PROGRAMME DES FÊTES ET EXCURSIONS

Des fêtes, banquets, réceptions officielles et indigènes auront lieu pendant les « Journées Médicales et Vétérinaires ».

Un *Circuit touristique* (Visite du Maroc et de l'Algérie) sera organisé spécialement et à un prix réduit par la Compagnie Générale Transatlantique et la Société des Voyages et Hôtels Nord-Africains.

Une *excursion* à prix forfaitaire réduit, avec visite de Mazagan, Safi, Mogador et l'Atlas, *grande chasse à cor et à cri avec sloughis et rabatteurs, diffa sous la tente, et fêtes arabes* (organisées par M. le Docteur Bouveret de Mogador) aura lieu les samedi, dimanche et lundi de Pâques.

Des réductions seront accordées aux adhérents aux « Journées Médicales et Vétérinaires Marocaines » par :

*Les Compagnies de Chemins de Fer Français, Marocains et Nord-Africains.*

*Les Compagnies de Navigation desservant le Maroc et l'Algérie. (Compagnie Générale Transatlantique, Compagnie Paquet, Compagnie Touache).*

*Les Lignes Aériennes Latécoère.*

*La Compagnie Générale de Transports et Tourisme au Maroc.*

*Les Principaux Hôtels du Maroc, etc., etc...*

#### INSCRIPTIONS

Peuvent adhérer aux « Journées Médicales et Vétérinaires Marocaines » : *Comme Membres adhérents* : MM. les Médecins et Médecins-Vétérinaires civils et militaires ; MM. les Pharmaciens ; MM. les Chirurgiens-Dentistes ; MM. les Etudiants en Médecine et Etudiants Vétérinaires. *Comme Membres associés* : Les membres de la famille des adhérents (femme et enfants) ; MM. les Exposants.

#### COTISATIONS

Membres adhérents et associés étrangers au Maroc : 50 fr.

Membres adhérents et associés résidant au Maroc : 25 fr.

Pour tous renseignements concernant les « Journées Médicales et Vétérinaires Marocaines », s'adresser au :

*Secrétariat Général des « Journées Médicales et Vétérinaires Marocaines », Docteur LEPINAY, rue de Marseille, Casablanca.*

---

*Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

Chronique

---

*L'enseignement professionnel des Infirmiers  
des asiles*

---

Le 25 novembre 1927, après un long examen des programmes d'études et à la suite de discussions qui, depuis deux ans, s'étaient fréquemment renouvelées, le Conseil de Perfectionnement des Ecoles d'Infirmières adoptait les conclusions d'un rapport présenté par moi le 25 mars 1927 sur l'attribution du diplôme d'Infirmier d'Etat au personnel des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Nous reviendrons plus tard sur l'organisation de l'enseignement pour l'obtention du diplôme, enseignement qui devra se poursuivre pendant cinq années, par analogie avec les décisions prises par le Conseil de Perfectionnement en ce qui concerne le

personnel hospitalier de l'Assistance publique de Paris.

Le Conseil, d'accord avec le désir exprimé par M. le Ministre de l'Hygiène, aurait désiré faire plus et faire bénéficier les asiles des départements de la réforme en voie de réalisation. Mais on se heurtait à des difficultés d'ordre pratique qui sont apparues insurmontables, du moins dans un avenir immédiat.

En effet, autant il était facile de réglementer l'enseignement dans les établissements de l'Assistance publique de Paris et dans les asiles qui relèvent de la Préfecture de la Seine, autant cela devenait difficile pour les départements avant qu'une étude préalable ait été faite des règles qui président au fonctionnement de ces divers établissements.

Les écoles des asiles de la Seine ont été fondées par le D<sup>r</sup> Bourneville en 1882, peu de temps après les écoles des hôpitaux de Paris. L'enseignement complètement modifié en 1906 sur l'initiative du Conseil général de la Seine a été réglementé le 4 avril 1907 par un arrêté du Préfet de la Seine complété le 31 août 1908 et le 12 février 1920 à la suite de vœux exprimés par les différents jurys d'examen.

On se trouvait donc en face d'un organisme vivant de sa vie propre et dont le fonctionnement avait été des plus réguliers au cours des nombreuses années qui avaient suivi la création des Ecoles.

Dans les départements, rien de semblable. Alors que dans la Seine chaque asile est doté d'un corps important de chefs de service (directeurs, médecins, chirurgiens, pharmaciens, internes, surveillants et surveillantes en chef), ce qui rend facile l'organisation des différents cours, des travaux pratiques, la



constitution de jurys renouvelés chaque année par voie de tirage au sort, etc., etc., que voyons-nous dans les départements ?

Les asiles diffèrent entre eux suivant qu'il s'agit d'asiles publics départementaux (59), de quartiers d'hospice (15) ou d'asiles privés faisant fonction d'asiles publics (18). Ils diffèrent encore suivant qu'ils sont attenants à de grandes villes (Lyon, Bordeaux, Marseille, Toulouse) ou éloignés de tout centre hospitalier (Lesvellec, Clermont (Oise), Prémontré (Aisne), Vauclaire (Dordogne), etc.). Certains ont un personnel laïque, d'autres un personnel religieux, d'autres enfin un personnel mixte. A l'exclusion des grands centres, l'enseignement y est peu ou incomplètement organisé. A Lyon même, suivant l'intéressante remarque de M. Gouachon, un essai a été tenté et la désillusion a été grande. Un cours avait été institué pour le personnel des Asiles ; un seul sujet s'est fait inscrire pour suivre ce cours.

Le nombre des chefs de service et les internes auxquels reviendrait l'obligation de faire les cours, varie également suivant les établissements. Dans certains d'entre eux, il n'y a qu'un médecin. Il faut aussi prévoir la possibilité de constituer un jury chargé de faire passer les examens à la fin de l'année scolaire, et ce jury, le représentant du ministre mis à part, doit être constitué sur place sous peine de dépenses excessives.

Je me borne à énumérer ces difficultés qui ne sont certes pas insurmontables, mais dont la solution demande une étude approfondie.

Le problème est d'importance. Il était signalé par M. de Piessac dans un article que le *Temps* a publié le 12 octobre 1927 à la suite des événements fâcheux

d'Amiens et de Breuty-la-Couronne. Ces événements ont démontré la nécessité absolue de doter les infirmiers des asiles d'un enseignement professionnel sérieux leur permettant de donner aux malades qui leur sont confiés des soins éclairés et sauvegardant en même temps leur propre responsabilité.

Le Conseil de perfectionnement m'a confié le soin d'étudier cette très importante question et je serais tout particulièrement reconnaissant à mes collègues des départements s'ils voulaient bien m'indiquer les mesures qui pourraient être appliquées dans les établissements qu'ils dirigent.

A la base, il y a une question d'argent. Pour avoir de bons infirmiers, il est nécessaire de les bien recruter et pour avoir le droit d'être difficile, il faut les bien payer. Je ne veux pas m'étendre, et je me bornerai à citer les lignes suivantes d'un de mes jeunes collègues, Paul Abély, qui, avec le Docteur Demay, fait partie de notre sous-commission d'études.

« En moyenne, sur dix infirmiers d'asiles de province, on trouve un illettré. Il serait utile de donner une instruction générale préliminaire à ces illettrés. Un cours spécial pourrait être fait par l'instituteur ou l'institutrice du pays, ou, à son défaut, par un membre de l'administration. Ces cours devraient être obligatoires pour les illettrés.

« Un stage de six mois, qui permettra de découvrir la bonne volonté, sera nécessaire avant la titularisation.

« Le succès des cours dans les asiles de province ne peut être assuré que si on se préoccupe en même temps, et même avant tout, de l'amélioration de la vie matérielle et morale du personnel médical

(salaires suffisants, possibilité de loger à l'extérieur et de se marier, etc.). Distinction dans le taux des salaires entre les diplômés et les non-diplômés... Dans presque tous les asiles de province, les services généraux et les services médicaux féminins sont assurés par un personnel religieux. D'une enquête personnelle à laquelle nous nous sommes livré, il résulte que ce personnel religieux accepterait parfaitement de suivre les cours et de subir les examens, mais il y aurait lieu d'établir des cours séparés. »

On ne saurait mieux dire. Je livre ces lignes à la méditation de MM. les membres des Conseils généraux.

Henri COLIN,

Membre et Secrétaire du Conseil de Perfectionnement  
des Ecoles d'Infirmiers, Secrétaire général des Ecoles  
départementales des Asiles de la Seine.

---

# SYNDROME MÉCANIQUE ET CONCEPTION MÉCANICISTE DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES

Par le Dr G.-G. DE CLERAMBAULT

---

Je n'ai à parler ni de l'Automatisme Psychologique normal ni d'aucune des formes innombrables de l'Automatisme Morbide. J'éviterai d'employer le mot Automatisme, qui donne lieu à trop d'équivoques. Je ne désignerai le Syndrome, objet exclusif de mon étude, que par le terme Syndrome S.

## I. — COHÉRENCE DU SYNDROME

Ce Syndrome est constitué de données psychiques ou psycho-sensorielles à apparences mécaniques ; il peut être encadré ou non de phénomènes sensitifs, moteurs ou sensoriels grossiers et d'idéation thématique. Pour la liste complète des éléments du Syndrome et de son cortège, voir série d'extraits dans *Annales Médico-Psychologiques*, février 1927, ou mieux les textes originaux indiqués dans ce même article.

Le Syndrome en question, bien qu'essentiellement psychique (verbal, idéique, émotionnel, volitionnel), doit, au point de vue doctrinal, être constamment rapproché de son cortège facultatif, tout spécialement des troubles sensitifs et moteurs, auxquels l'hypothèse d'une origine idéo-affective semble être difficilement applicable.

Le Syndrome S comprend une série de phénomènes positifs, négatifs ou mixtes, qui ont pour propriété commune d'être neutres au point affectif ou nuls au point de vue idéique, c'est-à-dire athématiques ou très

faiblement thématiques. Parmi les phénomènes positifs, il en est de précis (écho) et de diffus (mentisme) ; de même parmi les phénomènes négatifs il en est de précis (inhibitions) et de diffus (perplexité) ; de même parmi les phénomènes mixtes (fausses reconnaissances, étrangeté). Les phénomènes négatifs sont de nature déficitaire et, amplifiés, comporteraient confusion ou démence.

Le Syndrome S apparaît dans les psychoses les plus diverses : à titre chronique dans des vésanies post-infectieuses ou post-toxiques d'une part ; d'autre part, dans les vésanies cryptogénétiques (hallucinoïse, démence précoce, psychoses du type Magnan et autres) ; à titre transitoire dans les intoxications subaiguës, parfois aussi dans la manie, parfois enfin dans des cas organiques grossiers tels que P. G., Syphilis Cérébrale, suite d'ictus, tumeurs cérébrales, hypertension du L. C.-R. Le Syndrome est souvent incomplet.

La délimitation du Syndrome S est à chercher d'une part avec les Hallucinations proprement dites (c'est-à-dire thématiques, affectives et objectivées) pour ce qui est des phénomènes positifs ; d'autre part, avec les Démences et Confusions, pour ce qui est des signes négatifs ; délimitations plus faciles dans la pratique qu'en théorie.

Le Syndrome S est présent dans des formes ou dans des moments comportant lucidité, calme, parfois euphorie, plus rarement un peu de dépression, bref laissant le sujet susceptible de perceptions fines et d'introspection. Il disparaît dans les états aigus comportant agitation, anxiété ou dépression grave, dans les onirismes généraux, les confusions et les démences, c'est-à-dire les états où pour raisons variées le sentiment du moi intérieur est diminué. La Démence ou la Confusion ne coïncident jamais avec lui que transitoirement et dans une proportion inverse ; le Syndrome et elles tendent réciproquement à s'exclure. Ainsi les sentiments généraux tels que dépersonnalisation ne sauraient expliquer le Syndrome, bien qu'en vertu d'une cause commune ils puissent parfois coïncider.

L'aire d'extension du Syndrome S recouvre une

grande partie de la Pathologie mentale ; ce syndrome n'est pas spécial aux Psychoses Hallucinatoires Chroniques de l'Adulte. Dans ces dernières, il constitue sinon le fait toujours initial, du moins le fait le plus spécifique ; il y est basal, ou nucléaire. Le délire n'est généralement qu'ultérieur et explicatif ; il peut être antérieur et indépendant, ou antérieur et issu de la même cause : quel que soit l'ordre de précedence, délire intellectuel et hallucinations sont respectivement autonomes. L'Hallucinose en est une preuve. L'Hallucinose est la forme pure des Psychoses Hallucinatoires. Les autres formes, la Psychose de Magnan en tête, sont des formes mixtes.

Les phénomènes négatifs du Syndrome sont difficiles à déceler dans les cas tardifs ; ils abondent dans les cas précoces ; Psychose de Magnan et D. P. sont identiques par leur constitution intime, et ne diffèrent que par le *dosage* des éléments. Leur identité se déduit donc non pas seulement de l'évolution (Kræpelin), mais de l'analyse.

Le Syndrome S affecte des nuances reconnaissables et jusqu'à un certain point différentielles selon les formes morbides sous-jacentes : Psychoses Chroniques tardives, D. P., Paralysie Générale ou Tabes, suites d'Ictus, Intoxications Subaiguës, Hypomanie.

## II. — PHÉNOMÈNES NEUTRES. ECHO

Le redoublement qui constitue l'écho ne peut être que la cause mécanique. En effet :

1. L'écho n'est pas un phénomène d'usure ; c'est un phénomène brusque et souvent initial.

2. L'écho ne procède ni d'une dysesthésie ni d'une idée ; il apparaît souvent en terrain neutre ou euphorique, il n'a pas au début le caractère persécutif ; il n'est pas un mode de persécution que puisse imaginer la méfiance.

3. L'étrangeté cœnesthésique, outre qu'elle est d'ordinaire absente, n'expliquerait qu'un refus en bloc des sensations, elle n'expliquerait pas le refus d'une idée isolée et non pervertie.

4. La dépersonnalisation ne saurait expliquer ni le refus d'une idée isolée ni surtout son redoublement. D'ailleurs dépersonnalisation et Syndrome S, tout en pouvant coexister dans quelque mesure, tendent à s'exclure réciproquement.

5. On ne saurait dire que l'étrangeté explique la non-assimilation, puisque dans l'écho idée acceptée et idée rejetée ne sont qu'une seule et même idée. L'idée rejetée se trouve seulement décomplétée de quelque chose : le sentiment gradué de la pensée en marche.

6. Pour les deux raisons de non-assimilation et de redoublement, l'écho ne peut s'expliquer par simple hyperendophasie.

L'écho semble pouvoir être psychique, auditif ou moteur, tout cela à des degrés divers (écho semi-auditif, pseudo-auditif) et en outre simultanément (écho mixte).

L'écho peut être consécutif, simultané ou anticipé. Cette dernière forme montre pour le mieux qu'il s'agit bien d'un dérèglement dans le mécanisme de la pensée.

Il y a lieu de distinguer l'écho de la pensée claire et l'écho de la pensée obscure. La pensée obscure peut être préconsciente, ou d'ordre tel qu'elle serait restée inconsciente tout à fait ou longtemps encore sans l'écho ; c'est très souvent le cas de la pensée viscérale, parfois le cas des velléités et des sentiments partagés.

L'écho n'est pas toujours une stricte répétition. La pensée soit claire soit obscure peut être modifiée dans son écho. Il y a l'Echo avec Variantes (interpellations, constats), l'Echo avec Additions (énonciation des actes), l'Echo avec Commentaires (admiration, critiques). Dans toutes ces variétés, l'écho apparaît comme le point de départ d'idéations embryonnaires, leur centre, leur germe.

La psychologie de l'écho et de ses dérivées est encore à établir. Les pensées abstraites prêtent le moins à l'écho. L'écho exerce une sélection péjorative : de là vulgarité et animalité, aussi bien dans le choix des sujets que dans l'expression (vie génitale, viscérale, motrice). La sélection péjorative est une tendance fondamentale du Syndrome et de l'idéation automatique que nous verrons en dériver. Ce n'est là qu'un cas par-

ticulier de la tendance descendante générale des automatismes ; tendance déjà physiologique, *a fortiori* pathologique, en dernière analyse liée aux lois générales de la conduction nerveuse, autrement dit de la chronaxie.

L'Echo est dans le Syndrome un phénomène central. Les variations de l'écho donnent les énonciations, l'extension des énonciations donne l'idéation autonome, l'extension de cette dernière donne toute la personnalité seconde.

L'Echo est un phénomène de dérivation ; des dérivations conjuguées et progressives ont pour résultat la Construction Systématique. La dérivation d'une part utilise des frayages préformés (associations, sentiments actuels), d'autre part crée entre des cycles étroits (vocabulaire) ou étendus (ordres d'idées), des communications indues ; de là des résultats illogiques et saugrenus.

Les dérivations indues s'expliquent probablement par des isochronies artificielles et des forçages.

La non-annexion au Moi s'explique peut-être par des omissions dans l'enchaînement ordinaire des stades transmetteurs, par des sortes d'actions à distance dont un prototype, dans le domaine périphérique, serait le réflexe palmo-mentonnier.

Les phénomènes positifs et négatifs, soit diffus, soit précis (mentisme, kyrielles, scies, jeux psittaciques, gymnastiques linguistiques, phrases soudaines, phrases énigmatiques, arrêts et vides, etc...), ont fréquemment ou constamment leurs analogues dans le fonctionnement physiologique. Le Syndrome S les intensifie en substituant à des causes banales passagères une cause profonde et continué.

Les ratés et les déchets de la pensée normale deviennent la règle de la pensée pathologique. Ainsi, toux, tremblement, prurits, secousses fibrillaires, sont constatables sous formes bénignes ou sous formes graves.

Les phénomènes positifs diffus (mentisme) sur fonds chronique, semblent présager une tendance démentielle (sujets jeunes, origine infectieuse récente).

Les phénomènes négatifs diffus (perplexité, etc.) ont



une valeur déficitaire plus marquée que les phénomènes négatifs précis ; leur fréquence diminue avec l'âge.

Dans les cas chroniques également la sensorialisation nette et rapide semble présager une démence plus prompte ; c'est le cas de la D. P. par opposition aux Psychoses H. Chr. des âges avancés, c'est le cas des Ps. H. Chr. succédant de près à une infection avérée (lois de l'âge, de la massivité et de la latence).

Ainsi les phénomènes grossiers, négatifs et diffus peuvent être, dans leur ensemble, opposés aux phénomènes positifs subtils ; le premier groupe présage une démence plus rapide ; il se rencontre d'autant plus net que le sujet est d'âge moins élevé, ou, pour un même âge, que la cause visible de la psychose est plus récente.

Ce rapport inverse des deux groupes de phénomènes peut être figuré par le schéma suivant. Soit un rectangle posé debout sur un de ses petits côtés et dont on trace une diagonale ; si, à des hauteurs variées, on fait à travers le rectangle passer une ligne horizontale, les parcours de cette ligne dans chacun des triangles seront toujours de longueurs inverses, sauf exactement au milieu de la hauteur du dit rectangle ; en effet, toute ligne coupant un triangle près de sa base coupera l'autre près de son sommet. Que la diagonale parte de l'angle supérieur gauche ; inscrivons dans le triangle de gauche (c'est-à-dire à base inférieure) la rubrique « phénomènes grossiers, négatifs et diffus », dans l'autre « phénomènes subtils » ; inscrivons, d'autre part, le long du côté gauche, de bas en haut, les âges de 20 à 50 ans, par 5 années ; nous verrons les phénomènes subtils, peu nombreux vers 20 ans, devenir la presque totalité vers 50 ans ; nous verrons aussi les deux groupes de phénomènes venir à égalité vers 35 ans, ce qui est cliniquement exact.

Dans les Ps. H. Chr., le Syndrome S s'accompagne le plus souvent d'un R. O.-C. ascendant, sauf dans les cas de paranoïa intense, d'éthylisme originel, d'épisode anxieux ou de forme rémittente à paroxysmes. Les belles Hallucinoses s'accompagnent d'un R. O.-C. ascendant dans peut-être 80 0/0 des cas ; il y a d'ailleurs alors une légère euphorie.

L'écho est rare dans les formes dépressives. La plupart des cas dépressifs où le Syndrome S apparaîtra se révéleront comme des états mixtes ; le Syndrome y sera épisodique ou fluctuant.

Le dérèglement vago-sympathique semble donc capable de produire, au moins indirectement, le Syndrome S (voir plus loin, expérience Santenoise).

### III. — ORIGINE ORGANIQUE

Le Syndrome S est d'origine organique, autrement dit, pour la plupart des cas et dans l'état actuel de nos connaissances, d'origine toxi-infectieuse ; aucune cause de méiopragie, aucun trouble cellulaire subtil inconnu de nous ne peuvent être exclus. L'origine idéo-affective est rendue impossible, selon nous, par plusieurs raisons.

1. — Les troubles sensitifs concomitants ne peuvent être idéogéniques ; les phénomènes positifs neutres, les phénomènes négatifs et la démence ne peuvent être idéogéniques ; or tous doivent relever d'une seule et même cause.

2. — Le Syndrome S surgit sans précédence d'idéation et sans trouble affectif notable dans des cas organiques purs, dans les intoxications, dans l'hallucinoïdose.

3. — Chez l'adulte avancé (45 ans) au début et au stade d'état, le tableau clinique est le même, qu'il doive ou ne doive pas y avoir démence finale ; or la démence ne peut être idéogénique. Les cas intermédiaires sont d'ailleurs très nombreux.

4. — Les Ps. H. Chr. de l'adulte avancé (45 ans) et la D. P. sont homologues ; or la D. P. ne peut être que de cause organique. On constate d'ailleurs des cas familiaux avec tableau général identique chez le juvénile et chez l'adulte (différences expliquées plus loin). On constate aussi des cas ambivalents (cas de 35 ans et D. P. tardives ; formes schizophréniques à 45 ans).

5. — Certaines Ps. H. Chr. de l'adulte jeune ou avancé sont en continuité certaine avec une infection (Grippe, E. E., M. C. Sp., puerpérium, etc...) ou avec

d'autres causes organiques grossières (trauma). Les gradations observées dans la composition de ces psychoses s'expliquent, selon nous, par les trois lois de l'Age, de la Latence et de la Massivité (voir *A. M.-Ps.*, fév. 1927).

Ainsi les Vésanies Chroniques Cryptogénétiques rentrent dans les lois de la Neurologie ; ce ne sont plus des Génies Morbides Autonomes Stéréotypés, mais des Séquelles Syndromiques Variables, dont, provisoirement tout au moins, il y a lieu d'étudier plutôt l'unicité que les variétés.

Dans tous les cas envisagés, le syndrome résulte d'une incitation mécanique exactement comparable à une électrisation. Dans les cas chroniques, cette incitation part d'une épine histologique. Suivant les zones ou points d'attaque surviennent des émotions, des sensations, des idées, des phénomènes intermédiaires entre sensation et idée, des troubles du caractère, des mouvements ou inhibitions.

L'électrisation d'un filet périphérique donne un résultat linéaire, l'électrisation de zones idéatives se distribuera en réseaux, elle sera productive d'un complexe ; entre l'un et l'autre résultat, il n'y aura pas plus de différences qu'entre une étincelle isolée et un jeu de tubes de Geissler ; la complexité est fonction de la zone passive, elle résulte d'organisations préétablies : vocabulaires, syntaxes, cadres idéiques, blocs idéo-affectifs. Le Syndrome comprend les plus courtes des dérivations et les plus simples des réseaux (énonciations, échos, jeux verbaux, etc.).

Il est possible que le Syndrome affecte des nuances différentes, non seulement pour psychoses différentes (voir plus haut) et pour intoxications différentes, mais encore pour cryptogénies différentes (infections premières différentes).

L'étiologie émotionnelle n'est pas à rejeter.

L'apparition du Syndrome S, après état émotionnel, n'est, *a priori*, pas plus surprenante que les ictères ou enrrouements de cette origine. Mais entre le fait physiologique et le résultat psychologique morbide, se place un stade intermédiaire bien différent du simple accrois-

sement de l'émotion, à savoir un état du type hypomaniaque.

Dans tout délire de forme spirite succédant aux manœuvres spirites, le R. O. C. doit être soigneusement étudié. Souvent, d'ailleurs, la véritable cause du délire est dans une intoxication, une hypomanie préexistante, ou même une démence au début.

D'autre part, l'entraînement verbo-moteur ne doit être incriminé qu'avec prudence ; une pythonisse célèbre, émettrice inlassable d'oracles versifiés exogènes (Ange Gabriel), est entrée, sous nos yeux, vers ses 45 ans, dans une psychose polymorphe chronique exempte de toute activité verbale (à part quelques formules auditives épisodiques, extrêmement rares).

La diffusion irradiée de l'influx nerveux que nous attribuons pour origine au Syndrome S trouve, sinon sa démonstration, au moins un soutien dans une expérience inédite de Santenoise. Electrisant les centres moteurs du chien (gyrus sigmoïde) et obtenant de chaque centre la réponse réglementaire, après trouble de l'innervation thyroïdienne, il obtient en toute place touchée des réponses partant d'autres places : image frappante, dans le domaine moteur, des troubles verbaux du Syndrome S.

#### IV. — CONSTRUCTION

L'écho de la pensée et les non-sens peuvent progressivement s'enrichir de complications verbales, d'une teneur idéique et d'une charge affective ; d'une part, ironie dans l'écho et dans les scies, d'autre part, affabilité dans quelques annonces ou commentaires. Les sentiments prêtés aux voix sont ceux que leur intrusion implique ou que le sujet ressent lui-même à quelque degré ; déjà dans la rêverie normale, les formulations verbales spontanées (et surtout celles à point de départ autoscopique) tendent à se diviser en deux camps. Les complications initiales sont des appréciations sommaires ; les plus avancées sont des raisonnements, tantôt corrects et devançant ceux du malade, tantôt absurdes et répondant, avec disproportion

extrême, à quelque sentiment infime ; ainsi accusation énorme en réponse à un scrupule léger, menaces de mort en réponse à une crainte légère ; ou bien encore cette accusation et ces menaces seront de fabrication toute verbale.

En d'autres termes, une série ininterrompue de formules relie l'écho au foisonnement idéo-hallucinatoire le plus complexe ; en partant de l'écho, on peut refaire tout le délire de persécution.

Les rêves nous présentent des exemples d'une constructivité autonome raffinée. Des interlocuteurs nous étonnent par leurs remarques psychologiques, leurs réparties, leur dialectique toujours supérieure à la nôtre (dialectique du diable supérieure à la dialectique de Luther), ou enfin par des inventions saugrenues mais ingénieuses, dont notre subite admiration souligne la genèse extra-consciente (nous ne parlons pas des solutions données aux problèmes de la veille, processus moins dissociatif).

La tendance hostile reflète, pour une part, le sentiment de défense que forcément inspire la violation du Moi. Mais c'est là un appoint tardif. La tendance à l'hostilité est déjà innée dans le Syndrome comme partie intégrante d'une tendance bien plus large, qui est la tendance péjorative ; de là la grossièreté des mots, des idées et des sentiments. Cette tendance péjorative même n'est que la face psychologique d'une tendance inhérente à la dérivation, savoir la tendance descendante. Cette tendance elle-même semble devoir être expliquée par les lois de la chronaxie ; *la forme persécutive*, en dernière analyse, *serait d'origine neurologique*.

L'incitation pathologique s'élargissant réveille, mobilise, utilise des formes affectives : tendances actuelles, virtualités insignifiantes, agrégats anciens.

Parmi les tendances affectives actuelles, le processus devenu constructif opère une sélection dans le sens du plus concret et du plus animal, la sélection n'est pas représentative de la mentalité foncière.

Parmi les virtualités minimales, il y a encore sélection, amplification, déformation ; le résultat ne repré-

sente pas la personnalité foncière. La mégalomanie que les voix tendent à suggérer au vésanique chronique est jugée et repoussée par lui immédiatement, comme seront, après guérison, jugées et reniées les tendances de l'accès ébrieux, ou maniaque, ou mélancolique.

Ces tendances sont bien le développement d'aptitudes embryonnaires, mais d'aptitudes présentes chez tous et dont aucune n'a de raison psychologique de sortir plutôt qu'aucune autre ; exactement de même que beaucoup des thèmes verbaux et des souvenirs.

Les agrégats idéo-affectifs périmés que la psychose remet au jour ne doivent pas non plus forcément leur choix à une vitalité intrinsèque. En logique affective, beaucoup d'autres agrégats plus importants et plus récents auraient dû sortir avant eux. Tel ébrieux croit reconnaître son père décédé depuis 20 ans et garde huit jours son illusion, n'en concluez pas qu'il était un fils dévoué ; il a pu être un fils cynique ; il a pu d'autre part éprouver depuis 20 ans de fortes émotions égoïstes (chocs passionnels, faillite, tentative de suicide), cependant un fait ancien, et, pour lui négligeable, resurgit seul. De même le malade à idées d'indignité se reprochera, non pas des fautes graves, mais telle pécadille ridicule de son enfance.

L'arbitraire dans le choix des évocations doit reconnaître des causes matérielles. Le degré d'ancienneté doit, comme dans la conservation des souvenirs (Loi de Ribot), être un des critères du triage.

Le même conditionnement matériel s'observe dans les ecmnésies (manie, confusions, tumeurs cérébrales) : là encore la cote d'ancienneté prime la cote d'affectivité.

Le rôle évocateur de l'affectivité dans les rêves a été de beaucoup surestimé. L'état de sommeil, comme les états d'intoxication, interrompt les frayages normaux et en crée d'autres ; les suscitacions affectives du rêve, comme ses suscitacions visuelles ou idéiques, doivent dépendre de variations vasculaires ou humorales, ou réflexes, et non d'une logique unitaire, quelle qu'elle soit.

Selon l'observation de Pick, le degré de profondeur

du sommeil favorise ou exclut d'avance telle catégorie de souvenirs ; les souvenirs anciens n'apparaîtraient que dans le sommeil profond, les faits récents que dans le sommeil léger et particulièrement à l'approche du réveil. Cette loi, dans son domaine restreint, correspond à la loi de Ribot. L'une et l'autre d'ailleurs nous montrent les complexes affectifs ne se mouvoir qu'en dedans de cadres organiques préétablis ; l'affectif y est subordonné à l'organique.

Que l'on passe en revue toutes les vésanies transitoires, toxiques ou non, on verra que la personnalité du sujet y tend toujours à disparaître derrière ce qu'on pourrait appeler le génie vésanique ou toxique. Dans l'intoxication aiguë l'uniformité des malades est maxima. Dans l'épilepsie psychique et dans les tumeurs cérébrales, les champs mentaux sont particulièrement factices, contingents et néoformés. Il n'y a pas de raison pour que cette loi générale s'arrête aux limites des psychoses hallucinatoires démentielles, ni des non-démentielles, qui leur sont identiques sous tant de rapports.

On constate encore l'arbitraire, le néoformé, le spécifique dans les inventions sensorielles : thèmes visuels ou tactiles pathognomoniques (cocaïne, chloral, peyotl) dans les troubles de la perception (perspective spéciale du hachich), dans les hallucinations de l'équilibre, dans les défilés et kyrielles de vues et de mots. L'arbitraire et le néoformé se retrouvent encore dans les créations semi-idéiques impersonnelles (dialogues transverses de l'hallucinoïse. La Sélectivité arbitraire qui règne dans les domaines sensoriels viscéraux, moteurs et verbo-moteurs des Psychoses H. Chr. ne doit pas cesser dans le domaine idéo-affectif. Certes les associations affectives restent un facteur d'évocation, mais l'affectivité en bloc est manœuvrée par des conditions organiques.

Le dogme idéogéniste repose, selon nous, sur des inductions imprudentes. De ce que certaines données affectives ou idéiques sont communes au sujet et à sa psychose, on conclut : 1° que ces données étaient essentielles ; 2° qu'elles se sont développées par leur force intrinsèque ; 3° qu'elles ont développé tout le reste de

la psychose. En regard de cette conception, nous posons cette autre : l'affectivité n'est que manœuvrée par la psychose. La psychose puise dans le répertoire du sujet parce qu'elle ne peut puiser ailleurs. Les raisonnements psychogénistes pourraient être appliqués au *Delirium tremens*, à l'épilepsie, à la P. G. ; l'alcoolique délirerait en raison de sa profession, l'épileptique serait constamment en puissance un assassin ou un satyre, le P. G. aurait toujours été un ambitieux et en mourrait. L'orgueil du sujet avant la P. G. et dans sa P. G. peuvent s'exercer sur les mêmes thèmes, il n'est pas mû par les mêmes forces ; continuité idéique ne veut pas dire continuité causale.

Dans les Reviviscences Partielles, il y a *combinaison* de causes organiques et affectives ; cette combinaison devrait être l'objet d'études. *Le problème est le même* pour les faits complexes comme personnalité seconde du vésanique et les faits simples comme suscitation temporaire d'un ordre d'idées chez le maniaque ou chez l'ébriéux. *Le problème est le même* pour des faits positifs et négatifs, pour *ecmnésies* et *amnésies*. L'ivresse présente les processus dans des formes expérimentales : schématisation et répétitions, gradations et combinaisons.

Le problème peut être formulé ainsi : quels sont les causes et mécanismes du tropisme entre, d'une part, un influx artificiel, et, d'autre part, les agrégats idéo-affectifs préexistants ?

Un tel tropisme existe normalement entre les agrégats idéo-affectifs anciens et le surinflux physiologique de l'émotion : une émotion forte réveille des souvenirs non analogues mais qui ont été d'intensité équivalente (cris du cœur dans la joie et le deuil, rapprochements saugrenus dans la colère, etc.). Que des processus pathologiques soient superposables à des processus physiologiques, rien d'étonnant. Les évocations verbales arbitraires ont elles-mêmes, nous l'avons montré, leur analogue à l'état physiologique : au cours d'une rêverie, un souvenir soudain vous irrite, et, surtout si vous luttez contre, vous articulerez à mi-voix les mots d'une enseigne ou affiche placée devant vous, ou encore



vue l'instant d'avant et non remarquée (mots jaculatoires émotifs).

L'accroissement spontané du délire sous forme idéo-hallucinatoire, s'explique par l'extension de cette dérivation qui a engendré le syndrome même, elle constitue cette idéation autonome et parasite que nous appelons une Personnalité Seconde. Le réseau second, résultat, pour une part, de frayages préétablis, pour une autre de frayages factices, doit être d'un rendement idéique à la fois logique et absurde ; la facticité des frayages, qui produit de l'imprévu dans les objets de pensées, produit aussi des dissidences dans les directives ; la pensée seconde ne saurait reproduire, exactement la pensée-prime. Dans l'émotion déjà, on constate des associations et jugements désordonnés, en même temps que des irradiations motrices indiscutables, et certainement par suite d'autres irradiations. La pensée seconde, dans notre hypothèse, est la même que ferait surgir, si elle devenait jamais possible, *une électrisation subtile des zones psychiques* ; on ne saurait lui demander d'avoir exactement le même rendement que la pensée normale.

Dans les Ps. H. Chr., le fait de démence prouve une lésion histologique. Mais cette lésion n'est pas destructive d'emblée, et elle projette en avant d'elle *une aréole* d'incitation, par laquelle, seule pendant longtemps, elle se révèle ; en dépit de son origine, celle-ci est à peu près d'ordre physiologique. Le Syndrome serait ainsi une réaction *en zone saine*, au voisinage d'épines morbides. Il en serait de même pour l'aréole idéatoire du Syndrome, c'est-à-dire la Pensée Seconde.

Cette vue concorde avec des faits cliniques connus : conscience partielle de la maladie ; cessations temporaires des hallucinations pour simple diversion psychique ou maladie intercurrente, conservation prolongée des facultés, réapparitions temporaires de la personnalité première (connaissances, affections, propos judiciaires) à une période qui semblait déjà démentielle.

## CONCLUSIONS

**A. Doctrine.** — Un certain syndrome mécanique que nous appelons provisoirement Syndrome S (et qui pourrait s'appeler peut-être Syndrome d'Echo, ou de Dissidence, ou d'Intrusion) figure, à titre, soit basal, soit adventice, dans un grand nombre de psychoses, soit temporaires, soit chroniques : les unes semi-physiologiques comme la manie, les autres toxiques, d'autres grossièrement organiques (P. G., S. Cérébrale, suites d'Ictus, Tumeurs Cérébrales). Il est exclusif de Confusion et de Démence, du moins avancée. Il est constitué de phénomènes positifs et négatifs, mais les négatifs n'y peuvent figurer qu'à dose diluée.

Dans les Psychoses Hallucinatoires Chroniques, ce Syndrome est la *base* du délire explicatif. Il devient le *noyau* d'un deuxième délire, celui-là auto-constructif. La dérivation semble à l'origine du Syndrome et de la Pensée Seconde.

**B. Méthode d'Etude.** — 1° Ne jamais étudier un phénomène vésanique, simple ou complexe, sans lui chercher un homologue dans la série organique (tumeurs, ictus, intoxications, etc.). 2° Ne jamais étudier les données complexes (telles que le délire), sans rechercher les éléments simples, connexes à eux ; mettre les faits anidéiques à côté des faits idéiques, pour les expliquer les premiers et voir si leur explication convient aux seconds. 3° Ne pas séparer les faits positifs des faits négatifs, soit connexes, soit analogues ; rapprocher des évocations et constructions les écmnésies et amnésies.

**C. Cadres Logiques.** — En biologie, le rapport de séquence très fréquemment n'est qu'apparent et il convient de lui substituer le rapport, beaucoup moins étroit, de cause commune (exemple : paranoïa et hallucinations).

Communauté idéique entre le sujet et sa psychose ne veut pas dire identité, et encore moins origine idéique de la psychose.

Continuité idéique ne veut pas dire continuité causale.

L'affectivité est passive par rapport aux causes organiques.

Dans les Ps. h. Chr. elle n'est pas le *primum movens*, elle n'est même pas toujours le *primum patiens*.

D. *Objets d'Etude*. — Nous proposons comme objets prochains d'observation et d'analyse :

1° La Constructivité Automatique.

2° La dérivation en tant que processus générateur des phénomènes parasitaires et de l'idéation autonome.

3° Les attractions entre influx morbide et agrégats préexistants.

4° La tendance descendante générale des phénomènes parasitaires.

5° Le rattachement de ces faits aux lois de la chronaxie.

#### BIBLIOGRAPHIE

*Annales méd. psychol.*, 1923, II, p. 359. — 1924, I, p. 85, 86, 87 ; p. 172. — 1927. Février (annexe) et mai (p. 508-517).

*Soc. clin. de Méd. ment.*, avril 1920, décembre 1923, janvier 1924.

*Pratique méd. franç.*, mai 1925, A et juin 1925, A.

---

# LES HÉTÉRO-IMPULSIONS

Par le Dr G. REVAULT D'ALLONNES,

Expert psychiatre près les Tribunaux de Paris  
Directeur technique de l'Instituto Modelo Open-Door, Buenos Aires

---

Par *hétéro-impulsions*, il faut entendre les impulsions propres aux *états d'influence* avec ou sans hallucinations et qui semblent au patient provenir ou être venues, non de sa propre volonté, mais de volontés étrangères.

L'apparente subornation par des dominateurs imaginaires confère à l'impulsion une physionomie clinique et médico-légale si singulière, c'est un trait si gros et si distinctif, que l'on doit s'étonner de ne le trouver nulle part dégagé et mis en valeur, alors que tant de nuances plus ténues chargent les descriptions classiques.

On peut diviser les hétéro-impulsions en trois espèces : hallucinatoires ; quasi-hallucinatoires ; interprétatives.

1. — Voici quelques spécimens de l'injonction hallucinatoire à un acte ou à une abstention d'acte :

« *Tue-le, et tu seras guéri.* » Cette hallucination impérative est des plus dangereuses ; elle se produit chez un grand nombre d'aliénés ayant une conscience partielle de leur maladie ;

« *Couteau !* » (avec le sens : tue cette personne) ;

« *Tue ! massacre ! égorge !* » (dans les états de fureur hallucinatoire homicide) ;

« *Casse tout !* » (panclasia hallucinatoire) ;

« *Tue-toi !* » (mélancolie hallucinatoire) ; « *Couteau !* » (avec le sens : tue-toi, dans la mélancolie hallucinatoire) ; « *Fenêtre !* » (avec le sens : précipite-toi).

Dans les états hallucinatoires de sidération, immobilité, mutisme, sitiophobie, qui ne doivent pas être confondus avec la véritable stupeur hallucinatoire : « *Si tu bouges, tu es mort !* » et ironiquement : « *Bouge !* » ;

— « Si tu parles, ça y est ! » et ironiquement : « Parle ! » ; — « Si tu manges, tu meurs ! » et ironiquement : « Mange ! »

Pour mesurer la puissance de pareilles injonctions opiniâtres, harcelantes, mille fois réitérées, il faut s'imaginer l'état mental du patient.

Ce malade, le plus souvent, se sent entamé gravement ; il doute de lui-même et de tout ; avec des restes de raison et de volonté, il redoute la folie. D'autre part, en même temps, par une juxtaposition incohérente, il croit à la réalité de ses aberrations, à l'authenticité de ses fausses réceptions, à la présence d'hôtes invisibles. Il est noyé dans des contradictions, il ne sait plus où il en est, il ne sait plus qui il est, il ne sait pas toujours démêler ce qui est de lui-même et ce qui est des dominateurs. Il ne sait plus à qui entendre. Il est comme un fugitif bousculé dans une foule, sous les quolibets, les menaces, les coups, le hourvari et les sévices ; il est au comble de l'épouvante et de la détresse, épuisé de fatigue, égaré, prêt à n'importe quoi pour en finir. C'est dans ces conditions qu'un vertige attractif et répulsif de mal faire le ballotte. Que l'injonction se fasse pressante, seul point fixe dans le tourbillon, le voici comme une bête traquée, à qui est laissée une seule issue.

2. — C'est à la seconde espèce, aux hétéro-impulsions *quasi-hallucinatoires*, que nous rattachons l'hétéro-impulsion verbale, ou soliloque pluripersonnel ; par une extension contestée du mot hallucination, Ségla l'appelle « hallucination verbale psycho-motrice ».

On reproche à Ségla de considérer l'impulsion verbale comme une hallucination, et d'employer ici comme synonymes les expressions « impulsion » et « hallucination », alors que les influx moteurs sont centrifuges et insensibles. Cette contestation perd beaucoup de son à-propos, si l'on considère que Ségla ne nomme pas hallucinations toutes les impulsions verbales, mais seulement celles que nous proposons de nommer hétéro-impulsions verbales, celles qui sont en apparence inspirées par une personnalité étrangère. Celles-là ne sont pas seulement émission et exécution, elles sont

accueillies comme la transmission d'une réception venue d'autrui : la parole qu'il profère ou qu'il ébauche, le patient la considère comme appartenant non à lui-même, mais à un autre. Les données centripètes de cette fausse réception, ce sont les impressions tactiles et souvent aussi auditives de cette parole étrangère sortie de ses organes, et, à leur défaut, les anticipations mentales de ces impressions. Jamais Séglas n'a songé à assimiler à des hallucinations les impulsions verbales de tout genre, et par exemple la logorrhée maniaque, mais uniquement, et d'une manière défendable, les hétéro-impulsions verbales.

Les invisibles parlent par la bouche du patient. Il entend sa propre voix, il se sent parler, mais il lui semble qu'une volonté et une pensée étrangères régissent ce langage et s'y expriment. Pour réprimer cet abus, il appuie avec la main sur ses lèvres, il gonfle ses joues, il se met à siffler. Mais voici que les invisibles s'emparent aussi de ces actes ; il doute s'ils ont été voulus par lui, ou par eux. Et d'ailleurs cela n'interrompt pas leurs messages, car ils ont plus d'un moyen : privez-les de la bouche, il leur reste la respiration, son léger bruit, ses sensations thoraciques (voix dans la poitrine), abdominales (voix épigastrique). Si le patient se retient de respirer, s'il comprime son épigastre, les invisibles ne sont pas pour si peu réduits au silence, il leur reste l'imagination verbale, qui se fait auditive (« hallucinations psychiques » de Baillarger), qui se fait articulatoire, qui se fait, s'il le faut, visuelle graphique.

Dire, comme on le fait souvent, que l'articulation au nom des invisibles commence par être mentale au début de la maladie, qu'elle devient ensuite effective à la phase culminante, qu'elle redevient mentale dans les rémissions et les convalescences, c'est une vue théorique toute contraire à l'observation. L'articulation hétéro-impulsive est effective chaque fois qu'elle n'en est pas empêchée ; son état ordinaire est la parole à voix haute. Si elle est réprimée, elle trouve des équivalents, corporels s'il se peut, et, sinon, mentaux. Dans les accès violents, une telle frénésie hétéro-impulsive s'empare des malades, que la parole effective ne suffit plus à la tâche ; en

même temps les équivalents fonctionnent aussi et le soliloque pluripersonnel labial s'adjoint des modalités glottiques, épigastriques, mentales.

Ainsi le patient collabore à son insu avec ses imaginaires dominateurs. Sans le vouloir, sans qu'il s'en rende compte, il leur donne l'étoffe de leurs manifestations et de leur puissance, les souvenirs de son passé, les secrets de sa vie, dont ils nourrissent leurs propos, les velléités inavouées de son ambition ou de son amour, ses aversions et ses craintes, ses décisions, qu'ils encouragent ou qu'ils contrecarrent, les idiomes en lesquels ils s'expriment et jusqu'aux fautes de grammaire qu'avec lui ils commettent. Et surtout il fournit à leur intervention les semblants de matérialité qui en font un simulacre d'expérience.

3. — Quant à la troisième espèce d'hétéro-impulsions, *interprétatives*, elles vont jusqu'à la complicité consciente et la collusion volontaire avec les dominateurs imaginaires. Une fois constituées les hétéro-impulsions intuitives dont il a été question jusqu'ici, il se développe par voisinage, par analogie, par induction des hétéro-impulsions interprétatives. N'importe quelle pensée, quelle tendance ou quel acte est susceptible d'acquiescer indirectement l'apparence d'une subornation. Par exemple, un « influencé » vient, dans la conversation avec le médecin, de laisser échapper une confidence que tout de suite il regrette et qu'il voudrait rattraper : il affirme qu'on vient de le faire parler malgré lui, qu'on vient de prendre son secret, qu'on s'est servi de sa bouche. Il est sincère ; convaincu qu'il est le jouet de dominateurs, il leur attribue naturellement toutes ses déconvenues. Un acte exécuté comme personnel est, un instant plus tard, interprété comme suborné.

De même un acte ancien, antérieur à la maladie, et qui fut il y a longtemps exécuté comme personnel, devient, le jour où le malade le regrette, l'acte d'un dominateur dont il a été sans s'en douter l'instrument.

Ainsi, par le jeu de mécanismes intuitifs et interprétatifs, les psychopathies d'influence transforment en subornations non seulement toutes les variétés d'impulsions, mais rétrospectivement les actes volontaires eux-

mêmes, récents et anciens. Le champ de l'hétéro-impulsion est donc loin de coïncider avec celui de l'impulsion, il est beaucoup plus étendu, car il faut y comprendre des allégations rétrospectives.

Pour se prouver à lui-même, pour nous prouver si nous sommes sceptiques de la réalité de ses aberrations, l'influencé use de stratagèmes grossiers et naïfs, il emploie des moyens de démonstration où éclate la bonne foi dans la supercherie. C'est dans le même état d'esprit qu'il fait endosser à ses invisibles la responsabilité de tout ce qui le gêne, et en particulier de ses propres faiblesses. Réticent, il se fait interdire par eux de répondre à nos questions gênantes. Amoureux, il se fait donner par eux le conseil de se marier. Rien ne l'empêche de se faire donner l'ordre de se débarrasser par crime de quelqu'un qui le gêne.

Dans quelle mesure la théorie générale de l'impulsion est-elle applicable à l'hétéro-impulsion ?

L'impulsion est communément expliquée par l'insuffisance du frein volontaire et par la libération des réflexes de divers degrés. Nous acceptons cette théorie traditionnelle et la formule en laquelle Régis la résume : « L'impulsion est la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe. » Mais nous ajoutons ceci : il existe une classe particulière d'impulsions où les réflexes de divers étages, mal réfrénés, prennent l'aspect de contraintes exercées par des dominateurs, avec tous les degrés d'irrésistibilité, depuis l'obsession jusqu'à la contrainte brutale. L'irrésistibilité de la subornation est la résultante de deux facteurs : d'une part, la puissance de la tyrannie ; d'autre part, la faiblesse du tyrannisé. Le psychopathe influencé se plaint d'être « mécanisé », c'est-à-dire réduit à l'état d'une passive mécanique, et parfois d'être « brutalisé ». Mais en bien des cas, il n'abdique pas, il résiste, il se révolte, il s'insurge, et nous retrouvons ici les trois degrés d'irrésistibilité si bien décrits par Régis pour les impulsions en général :

1° des hétéro-impulsions *motrices pures ou à réflexe direct*, franches de toute inhibition, véritables convulsions, selon le mot de Foville, mais avec cette particula-



rité qu'elles apparaissent au patient comme l'emprise absolue de dominateurs tout-puissants ;

2° des hétéro-impulsions *psycho-motrices ou à réflexe retardé* : l'inhibition par le résidu personnel n'est pas tout à fait nulle, elle est ébauchée, il y a conscience d'un « moi » en conflit avec d'autres personnalités, et, de la part de ce « moi résiduel », émotion, prévision des conséquences, souvenir conservé ;

3° des hétéro-impulsions *psychiques ou à réflexe interrompu ou obsessions impulsives* : la frénation personnelle est loin d'être nulle, elle est tentée avec obstination et à maintes reprises, mais elle reste, en fin de compte, inefficace.

Magnan, Legrain ont donné des obsessions impulsives en général une description célèbre que l'observation clinique confirme quelquefois et non toujours : conscience lucide, lutte angoissée, capitulation, soulagement consécutif.

Dans les débats épineux où nul indice extrinsèque à l'acte incriminé n'impose le diagnostic d'aliénation mentale, avec, pour conséquence, l'irresponsabilité, les analyses de Régis apportent un fil conducteur et des repères. Si l'acte est déclenché comme un ressort, sans conscience, sans émotion, sans souci de l'avenir, sans souvenir, nul doute : rien ici ne ressemble à une volonté. Si, en second lieu, une délibération sommaire produit un retard bref à l'exécution fatale, il n'y a qu'un fantôme de volonté, qui ne change rien à l'affaire. Mais le troisième cas est fort délicat : il y a interruption de l'exécution, une trompeuse ressemblance avec la volonté normale risque de faire condamner un malade ; c'est ici que le schéma de Magnan et de Legrain peut parfois aider à discerner la morbidité.

Ces remarquables distinctions, forcément un peu subtiles, un peu fragiles, et trop souvent inutilisables, n'ont guère lieu d'être invoquées quand c'est d'hétéro-impulsions qu'il s'agit. Ici, en effet, il existe d'ordinaire des indices suffisants d'insanité, extrinsèques à l'acte incriminé. L'impulsion ne devient hétéro-impulsion que sur un fond psychopathique particulier, qui constitue le syndrome d'influence (ou, comme je propose de le

dénommer, le syndrome de dislocation psychique, le syndrome polyphrénique). En d'autres termes, la suspicion d'hétéro-impulsions doit faire rechercher, non seulement par un examen extemporané, mais par une observation suffisamment prolongée, de plusieurs semaines si c'est nécessaire, les fausses réceptions verbales, hallucinatoires ou autres, la prise de la pensée sous ses formes multiples, les fausses personnifications, la polymimie, etc.

Un individu, non dépourvu de conscience ni de volonté, ressent d'occultes influences, d'intensité variable. Il s'en faut qu'il y obéisse toujours. Et lorsqu'il cède, il s'en faut que ce soit toujours sans lutte. Ce malade, s'il a commis un acte nuisible, est-il partiellement responsable ?

D'après ce qui a été exposé ci-dessus, il est impossible de discerner si cet acte a été accompli comme personnel ou comme suborné ; car un tel psychopathe, coutumier de l'interprétation rétrospective, rapporte à ses imaginaires suborneurs les plus personnelles de ses actions, de ses paroles, de ses pensées, aussitôt qu'elles développent des conséquences regrettables. D'autre part, il n'existe pas, dans cette mentalité très particulière, une démarcation nette entre le « moi » et les tyrans. D'incessants mélanges se produisent. En dehors de toute inculpation, ces malades ne peuvent pas toujours dire ce qui relève d'eux et ce qui relève de leurs invisibles. Certains phénomènes de cette psychopathie sont à double face, personnels par une face, et relevant par une autre face d'une personnalité étrangère fictive, en particulier la prise de la pensée, la divulgation des souvenirs et des actes, le soliloque pluripersonnel, la polymimie ou mimique pluripersonnelle. Il faut en dire autant d'autres symptômes en apparence extérieurs à la personnalité du patient et attentatoires à son autonomie : les hallucinations sensorielles elles-mêmes comportent une collaboration personnelle secrète, et, en bien des cas, patente, avouée.

Tant que l'expert psychiatre est réduit à l'analyse hypothétique d'un acte passé, auquel il n'a pas assisté, dont le seul témoin est souvent l'inculpé, et que l'in-

culpé déforme, à chaque nouvel interrogatoire, par intérêt, et même sans cela, comment éviter l'arbitraire ?

Faut-il ici, comme pour les autres impulsions, recourir au schéma de Legrain ?

Ce schéma présente un drame en trois actes : une lutte anxieuse contre la tentation ; une exécution automatique ; enfin, après la défaite, une jouissance morbide, ou tout au moins un soulagement de délivrance.

Il s'applique mal aux hétéro-impulsions.

Qu'elles se présentent muettes ou accompagnées d'injonctions, de menaces sous conditions, de fausses réceptions verbales, hallucinatoires ou quasi-hallucinatoires, ayant tournure de commandements, dans tous les cas, si le réflexe est retardé ou suspendu, elles suscitent des résistances, les efforts et protestations d'un esclave dont on veut abuser. S'il s'agit d'un acte ridicule, comme de marcher à quatre pattes, d'un acte répugnant, comme de manger des immondices, d'un acte délictueux, comme de se déshabiller dans la rue, d'un acte criminel, comme d'attenter à la vie des personnes, la résistance peut durer longtemps et enfin l'emporter, ou au contraire elle peut être domptée après des alternatives et péripéties poignantes. Est-ce bien là le premier temps du schéma classique ?

Nullement. Car cette angoisse est la réaction de la conscience personnelle, refoulée sur des positions de repli, en conflit avec des polarisations psychiques qui simulent un dominateur. Cette angoisse est un conflit entre deux personnes, dont l'une est parasitée, l'autre parasitaire. Elle est bien distincte de la tentation du dipsomane, du toxicomane, de l'exhibitionniste, du fétichiste, du sadique, du masochien, elle n'est pas un état de besoin, elle n'est pas l'attrait d'une volupté illícite, et c'est pourquoi, au moment où l'acte est accompli, ni après, aucune jouissance n'est ressentie. Non seulement nulle satisfaction ne récompense l'obéissance, mais au contraire le remords surgit de n'avoir pas assez bien résisté, la honte, l'auto-réprobation, l'auto-accusation, parfois l'idée de suicide, à titre de réaction personnelle (et non plus subornée), et aussi l'inquiétude de s'être comporté en aliéné.

Dans la pratique médico-légale, il n'y a pas de nœud gordien plus inextricable que l'acte hétéro-impulsif.

Mais est-il nécessaire de prétendre le débrouiller ?

Nullement ; le diagnostic *d'état d'influence* implique celui d'aliénation mentale grave. Il suffit que ce diagnostic soit justifié par des constatations circonstanciées, et voilà le nœud tranché. En effet, tout impulsif qui entre dans le groupe des hétéro-impulsifs est, dans ses périodes de crise, en état d'aliénation mentale confirmée, et par conséquent irresponsable totalement.

Dans ces conditions, la tâche de l'expert se trouve singulièrement allégée. On ne saurait admettre aucun degré, si minime soit-il, de responsabilité, s'il est prouvé par des documents extrinsèques à l'acte incriminé, qu'au temps de la perpétration existait un syndrome d'influence.

Il ne s'agit donc aucunement de discuter ce problème insoluble : l'acte en cause fut-il une hétéro-impulsion ? mais celui-ci, bien différent, et généralement facile : le prévenu présentait-il à cette époque, soit des hétéro-impulsions quelconques, et par exemple des hétéro-impulsions non délictueuses, verbales ou autres, soit tels autres signes avérés, confirmatifs d'un état d'influence ?

Un état d'influence confirmé constitue sans conteste l'« état de démence » défini par l'article 64 du Code pénal français : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

La valeur clinique et médico-légale des hétéro-impulsions résulte de leur nature, et aussi de leur liaison avec les autres symptômes des psychopathies d'influence. Dès que l'impulsion revêt l'apparence d'une contrainte par autrui, la théorie médico-psychologique de l'impulsion doit être modifiée, car il devient utile, au point de vue pratique aussi bien qu'au point de vue pathogénique, de fonder un groupe nouveau, celui des hétéro-impulsions et des obsessions hétéro-impulsives.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1927

Présidence de M. LEROY, vice-président

M. Legrain, empêché, s'excuse de ne pouvoir présider.

*Assistent à la séance* : Mme Minkowska, MM. Xavier et Paul Abély, Beaudouin, membres correspondants.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. H. COLIN. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Semelaigne qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir venir ;

deux lettres, l'une de M. le D<sup>r</sup> Beaudouin, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, l'autre de M. le D<sup>r</sup> Minkowski qui posent leur candidature aux deux places de membres titulaires déclarées vacantes à la dernière séance. Nous proposons une commission composée de MM. Pactet, Rogues de Fursac et Capgras (adopté).

## *Rapport de candidature*

M. SEMELAIGNE (Rapport lu par le D<sup>r</sup> Henri Colin). — Vous avez, dans votre dernière séance, chargé une commission composée de MM. Capgras, Leroy et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature du D<sup>r</sup> Vignaud au titre de membre correspondant de notre Société.

Interne, de 1894 à 1900, à l'asile de Naugeat près Limoges, le D<sup>r</sup> Vignaud est ensuite entré à la maison de santé de Vanves à laquelle il est attaché depuis vingt-sept ans. D'abord interne, puis médecin-directeur adjoint, il

a pris, à la mort de notre regretté collègue Arnaud, la direction de l'établissement. Pendant la guerre, après avoir fait partie d'ambulances et procédé à l'organisation du Centre de neuro-psychiatrie de la 4<sup>e</sup> armée à Châlons, il a été envoyé au Centre de neurologie de Lyon où il est resté de 1916 à 1919.

Le D<sup>r</sup> Vignaud est lauréat de la Société médico-psychologique ; le mémoire qu'il présentait avait pour titre : « Histoire de la paralysie générale ».

En vous priant de lui accorder le titre de membre correspondant, je lui adresse amicalement un léger reproche : c'est d'être aussi longtemps resté éloigné de nous.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> VIGNAUD est élu membre correspondant de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents.

### *Rapports de candidatures*

M. SEMELAIGNE (Rapport lu par M. Henri Colin). — Deux de nos confrères d'outre-Manche, hommes de réelle valeur, sollicitent le titre de membre associé étranger, et vous avez désigné, pour vous présenter un rapport, une commission composée de MM. Charpentier, Colin et Semelaigne.

M. Joseph Shaw Bolton, docteur en médecine et docteur ès sciences de l'Université de Londres, fellow du Collège royal des médecins et du Collège de l'Université de Londres, professeur des maladies mentales à l'Université de Leeds, médecin-directeur de l'Hôpital mental de Wakefield, président pour 1928 de l'Association royale médico-psychologique, a fait paraître de très intéressants travaux dans le *Brain*, les *Archives de neurologie* et le *Journal of mental Science*.

M. Alexander Ninian Bruce, docteur en médecine et docteur ès sciences de l'Université d'Edimbourg, fellow du Collège royal et de la Société royale de médecine d'Edimbourg, médecin consultant à l'Hôpital mental de Bangour et à l'Hôpital Saint-André, chargé de cours à l'Université d'Edimbourg, éditeur de la *Revue de neurologie et de psychiatrie*, membre correspondant de la

Société de neurologie de Paris, a publié dans divers journaux de nombreux et intéressants articles sur les maladies mentales et nerveuses.

Je suis heureux d'avoir été choisi pour vous présenter un rapport sur ces distingués confrères et vous prie, au nom de votre commission, de les admettre parmi nous en qualité de membres associés étrangers.

M. Henri COLIN. — Au nom de la même commission, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur les candidatures de M. le D<sup>r</sup> Lord et de M. le D<sup>r</sup> Worth qui sollicitent le titre de membre associé étranger.

Le D<sup>r</sup> Lord est bien connu de vous. Depuis plusieurs années, il est co-directeur du *Journal of mental Science* et le plus ancien de ses rédacteurs en chef. Brillant élève de l'Université d'Edimbourg, ancien chef de clinique au Guy's Hospital, il fut nommé en 1907 Medical Superintendent du Horton mental Hospital et, depuis 1925, il est le doyen des médecins-directeurs des asiles du Comté de Londres. Pendant la guerre, de 1915 à 1920, il fut attaché au Service de Santé, cité deux fois, nommé lieutenant-colonel, c'est-à-dire médecin principal, et Commandeur de l'Ordre de l'Empire Britannique. Enfin, en 1926-1927, il était Président de la Royal medico-psychological Association. Depuis longtemps, il fait partie de la Société clinique de Médecine mentale et de la Société homonyme de Belgique.

Il a publié de nombreux ouvrages, notamment l'histoire du Horton War Hospital, un livre sur l'étude clinique des troubles mentaux, un autre sur les Hôpitaux psychiatriques et le public et la nécessité d'une coopération plus étroite, etc., etc. Cela sans compter les très nombreux et très intéressants articles qu'il n'a cessé de donner, depuis 1898, au *Journal of mental Science* et à d'autres revues sur les sujets les plus variés se rapportant à l'aliénation mentale et à la sociologie.

Je ne veux pas insister. Vous voyez quel éminent collaborateur notre Société trouvera dans la personne du D<sup>r</sup> Lord. Il est des plus anciens parmi mes amis et, pour ma part, je ne puis que regretter de n'avoir pas eu plus tôt l'occasion de l'accueillir au milieu de nous.

Le D<sup>r</sup> Worth, Medical Superintendent du Springfield Mental Hospital, assume, depuis 1919, les délicates fonctions de Secrétaire général de la Royal medico-psychological Association of Great Britain. Depuis bien des années, les membres de notre Société ont eu l'occasion de se rendre aux réunions de cette puissante association, un peu plus ancienne que la Société médico-psychologique et, à notre dernière séance, je vous ai rendu compte de la réception chaleureuse qui fut réservée à vos délégués, en juillet dernier, au meeting d'Edimbourg.

En dehors de ses fonctions de secrétaire général et de médecin-directeur d'un des plus beaux et des plus grands asiles de Londres, le D<sup>r</sup> Worth est chargé du cours sur les maladies mentales professé au Westminster-Hospital. Pendant la guerre, il dirigeait le Springfield Neurological Hospital. Fellow de la Royal Society of Medicine, le D<sup>r</sup> Worth fait partie, depuis plusieurs années, de la Société Clinique de Médecine mentale.

Le D<sup>r</sup> Worth est, avant tout, un clinicien et un clinicien averti dont les conseils sont aussi recherchés qu'appréciés. C'est vous dire que sa place se trouve marquée dans une Société comme la nôtre, homonyme de celle qu'il administre avec tant de succès dans le Royaume-Uni.

*Election.* — A la suite de ces rapports, MM. les Docteurs SHAW BOLTON, NINIAN BRUCE, LORD et WORTH sont élus membres associés étrangers de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

### *Rapport de candidature*

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, lors de la séance d'octobre, vous avez désigné une commission composée de MM. Courbon, Mallet, René Charpentier, rapporteur, pour examiner les titres du D<sup>r</sup> Repond (de Malévoz) qui demande à faire partie des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique.

Les titres et les travaux du D<sup>r</sup> Repond sont connus de tous ici. Je serai donc très bref. Je vous rappelle seulement qu'ancien assistant du Professeur Bleuler à la



Clinique psychiatrique de Zurich, le D<sup>r</sup> Repond a succédé à son père comme médecin-directeur de la Maison de Santé modèle de Malévoz, à Monthey, dans le Valais. Ceux d'entre vous qui assistèrent, en 1926, à la session de Genève-Lausanne du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, ont visité ce bel Etablissement. Ils n'ont oublié ni son joli cadre, ni son installation moderne, ni l'excellence de son fonctionnement médical et administratif. Ils n'ont pas oublié non plus avec quel dévouement et un succès, auquel je suis heureux de rendre une fois de plus hommage, le D<sup>r</sup> Repond assura dans des conditions économiques particulièrement difficiles le Secrétariat de la 30<sup>e</sup> session du Congrès.

Ses travaux portent sur la schizophrénie et son traitement dans les asiles, la catatonie, les états délirants, les névroses et les psychoses chez les prisonniers de guerre internés en Suisse, l'encéphalite épidémique. Dans nos Congrès, dont il est devenu un membre très actif, et où son absence se remarque, ses interventions dans les discussions sur la psychanalyse, la schizophrénie, la guérison tardive des maladies mentales furent très remarquées.

Citons encore ses articles sur le recrutement et la formation du personnel infirmier dans les asiles suisses, « odeur de sainteté et tumeur du cerveau », la suggestion collective et l'établissement des aliénés, l'influence de la menstruation sur le cours des psychoses, l'hygiène mentale et l'hôpital psychiatrique, l'hygiène mentale et l'intellectuel, etc., etc. Tous se font remarquer par un sens clinique très fin, une connaissance approfondie des malades, un grand souci de recherche des conditions les meilleures d'hospitalisation et de traitement.

A l'unanimité, votre Commission vous propose d'élire le D<sup>r</sup> Repond (de Malévoz) membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> REPOND (de Malévoz) est nommé membre associé étranger de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents.

*Rapport de candidature*

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, au nom d'une Commission désignée par vous à la séance d'octobre, et composée de MM. Legrain, Capgras, René Charpentier, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer les titres et travaux scientifiques du D<sup>r</sup> Douglas A. Thom, de Boston (Massachussetts), qui demande à faire partie de la Société médico-psychologique, en qualité de membre associé étranger.

Gradué de l'Université de Vermont Medical School depuis 1912, le D<sup>r</sup> Douglas A. Thom fut successivement en service dans le Massachussetts au Monson State Hospital, au Boston Psychopathic Hospital, au Boston City Hospital. Il fut enfin en Angleterre l'assistant du regretté sir Frederick Mott au Mandsley Hospital, et passa 8 mois au National Hospital for Paralyzed and Epileptics de Londres.

Ses nombreux travaux ont été, pour une grande part, consacrés à l'épilepsie dont M. Douglas A. Thom a entrepris l'étude successivement et systématiquement au point de vue anatomique, bactériologique, sérologique, physio-pathologique, étiologique, séméiologique, diagnostique et thérapeutique. Ses recherches ont porté notamment sur l'influence de l'alcool, de la syphilis, des maladies générales, des facteurs héréditaires, des convulsions de l'enfance, dans l'éclosion des accidents épileptiques.

Il s'est également intéressé dans de nombreux travaux à la préservation de la santé mentale de l'enfant dès l'âge préscolaire, et à l'hygiène mentale en général. Citons pour terminer son travail sur « The Organization and Development of Mental Clinics for Community Care » exposé à la Société de psychiatrie de la Nouvelle-Angleterre.

C'est à l'unanimité que votre Commission vous propose d'élire le D<sup>r</sup> Douglas A. Thom (de Boston) membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

*Election.* — A la suite de ce rapport, M. le D<sup>r</sup> DOUGLAS A. THOM (de Boston) est nommé membre associé étranger de la Société médico-psychologique, à l'unanimité des membres présents.

## **Le divorce des aliénés : rapport de M. Frot, député, à la Chambre des Députés**

par le D<sup>r</sup> A. FILLASSIER

M. le D<sup>r</sup> Frantz Adam a signalé justement au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française, qui s'est tenu à Blois en juillet dernier, le rapport de M. Eugène Frot, député, au nom de la Commission de législation, civile et criminelle, chargée d'examiner la proposition de loi de MM. Palmade et André Hesse, tendant à instituer l'aliénation mentale comme cause de divorce.

D'après cette proposition de loi, « l'aliénation mentale de l'un des époux sera pour l'autre une cause de divorce quand elle aura nécessité un internement d'au moins trois années dont une dans un établissement public ».

Cette distinction entre les établissements publics et privés constituait déjà une surprise ; celle-ci devint plus grande encore lorsque notre distingué collègue indiqua les termes de l'exposé des motifs qui d'après l'honorable député justifie cette disposition :

« Votre Commission a pris la précaution d'exiger que ces trois années d'aliénation soient constituées par un internement dont une année au moins se sera écoulée dans un établissement public, *afin d'éviter le danger de certaines tentatives criminelles d'internement sans motif auxquelles se sont parfois prêtés des établissements privés dirigés par des hommes sans conscience et sans honneur.* »

Il ne nous a pas paru possible de laisser passer une telle accusation sans en apporter ici la protestation.

Lorsqu'on étudie les travaux préparatoires de la loi du 30 juin 1838, on est unanime à reconnaître avec quel soin, quelle compétence elle a été élaborée ; ses travaux préparatoires ont été cités comme des modèles et par ses partisans et par ses adversaires.

Le rapport de M. E. Frot nous paraît devoir être caractérisé par sa grande sévérité.

M. Frot est dur pour des médecins français illustres qui jusqu'ici étaient considérés comme des gloires médicales, des médecins d'honneur et de conscience, tels Magnan, Arnaud, Moreau de Tours, Esquirol, Luys, Baillarger, etc...

Il est également dur pour le monde parlementaire : ignore-t-il que M. le D<sup>r</sup> Goujon, sénateur de l'Ain, fut longtemps directeur-médecin d'une maison de santé estimée ?

Il est également bien dur pour l'Administration supérieure, dont les actes sont placés d'ailleurs sous le contrôle du Parlement.

Comment conçoit-on que des médecins « sans conscience et sans honneur » puissent être agréés ou maintenus par l'Administration à la tête de maisons privées de santé ? ou M. Frot, dans son souci d'éviter de tels abus, a-t-il oublié la nécessité de cet agrément ?

Comment M. Frot a-t-il pu oublier également que les maisons de santé privées sont soumises au contrôle des magistrats, qu'il s'agisse du Procureur de la République ou du Président du Tribunal ou du Juge de paix et du Préfet du département ?

Est-il si sévère pour ces magistrats qu'il les suppose incapables, car il ne va évidemment pas jusqu'à les considérer complices de tels médecins ?

En outre, M. Frot a-t-il pensé aux difficultés d'ordre juridique qui vont résulter de son texte ?

M. le D<sup>r</sup> Adam en a déjà indiqué au Congrès de Blois quelques-unes :

Au moment de la promulgation de la loi, le conjoint d'un malade interné depuis 3 ans dans un asile public pourra obtenir le divorce ; le conjoint d'un malade interné depuis 30 ans dans un asile privé devra d'abord faire transférer le malade dans un asile public et l'y

maintenir un an, et cela alors même que ce transfert, rompant avec les habitudes du malade, réagirait fâcheusement sur son état.

Comment M. Frot a-t-il pu oublier que les familles de malades atteints d'affections mentales ont tendance à les placer loin de leur domicile, à l'étranger de préférence, et de les soustraire aux mesures de protection de la loi ; pense-t-il par son appréciation douloureuse servir la cause de la médecine française et renforcer le contrôle ?

Telles sont les premières difficultés qui se posent devant l'esprit ; la pratique en révélera certes beaucoup d'autres !

Les médecins, froissés par la sévérité de M. Frot, ne doivent pas cependant s'irriter outre mesure, car elle semble constitutionnelle.

N'est-il pas très sévère également avec les malheureux malades atteints d'affections mentales qu'il affecte de traiter de « fous », alors que vous avez rayé depuis longtemps ce terme de votre langage ?

Un autre parlementaire, M. Paul Strauss, se montrait plus humain lorsque, rapportant au Sénat la réforme de la loi de 1838, il ne parlait même plus d'aliénés mais seulement de malades « atteints d'affections mentales » !

Messieurs, il y aurait, si l'on voulait entrer dans l'examen critique du rapport de M. Frot, bien d'autres choses à dire ; je m'en garderai. Je m'en tiens à une protestation formelle contre un jugement porté dans un document officiel par un député très honorable, mais qui a cru pouvoir ramasser impunément dans les feuilletons populaires ou dans quelque thème déclamatoire des propos puérils et les ressasser contre des confrères très honorables également, mais que leur spécialité expose malgré leur conscience et leur honneur à des accusations d'incompétents.

J'en ai fini.

Toutefois, comme il s'agit d'une proposition de loi soumise aux délibérations du Parlement, je prie la Société de bien vouloir examiner s'il ne convient pas qu'elle en délibère et s'il n'y a pas lieu de porter sa

protestation auprès de M. le Président de la Chambre des Députés et auprès de M. le Président de la Commission de législation civile et criminelle de la Chambre.

### DISCUSSION

M. G. DUMAS. — Je trouve que le terme « sévère » employé par M. Fillassier pour qualifier les appréciations de M. Frot vis-à-vis des directeurs de maisons de santé privées ne convient pas et qu'il est insuffisant.

M. FILLASSIER. — J'avais, en effet, dans la pensée, un mot plus énergique, mais je n'ai pas osé l'employer par crainte que notre protestation ne soit déclarée irrecevable.

M. DUMAS. — On pourrait dire *inacceptable*.

M. DE CLÉRAMBAULT. — Je pense qu'il serait légitime de qualifier d'*injustes* ces appréciations.

M. LEROY. — On pourrait même parler de calomnies.

En conclusion de la proposition faite par le D<sup>r</sup> Fillassier, on décide que le bureau de la Société rédigera une protestation.

## Meurtre impulsif et syphilis encéphalique

par P. GUIRAUD et A. THOMAS

Nous rapportons l'observation d'un cas de syphilis encéphalique à marche torpide avec réaction meurtrière qui nous paraît intéressante par ses particularités cliniques et par les réflexions qu'elle suggère sur la nécessité d'une grande prudence pour la mise en liberté des aliénés ayant commis un acte antisocial grave.

B. est âgé de 52 ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels notables. Il est peu instruit, n'étant allé à l'école que jusqu'à onze ans. Il a accompli régulièrement son service militaire. Pendant la guerre, il a fait deux ans de campagne dans l'infanterie et est resté prisonnier pendant deux ans. Après la démobilisation, B. vient retrouver sa

femme et exerce sa profession de chauffeur de taxi. Dès cette période, des symptômes anormaux se manifestent, B. devient paresseux, inquiet et irritable ; il injurie souvent sa femme, la frappe quand elle se fâche, découche avec des maîtresses de hasard et rentre le matin chez lui, goguenard, racontant à sa femme les péripéties de sa nuit extra-conjugale. Il finit par abandonner son domicile pour vivre avec une amie. Divers incidents surgissent avec les voisins : injures, discussions, plaintes. B. achète une automobile d'occasion et, quand il s'aperçoit qu'il a fait un marché défavorable, va fatiguer le commissaire de ses doléances ; il était bien connu de la police de son quartier puisqu'on a trouvé à son sujet, émanant des secrétaires ou des agents, des notes ainsi libellées : « le fou est revenu réclamer », « le maboul est encore revenu pour protester ». L'inquiétude et l'irritabilité de B. s'accroissent au cours d'une grève de chauffeurs ; il a continué à travailler et craint la vengeance des syndicats et des grévistes. Il voit partout des ennemis, tremble de peur, ne peut dormir. Un jour, à son domicile, il a brusquement l'idée que sa maîtresse veut l'empoisonner, soit avec le contenu d'une bouteille, soit au moyen d'un ragoût qu'elle est en train de faire cuire dans une casserole... Il pousse des cris « coquine », « tu veux m'empoisonner », « je me défendrai, je suis en état de légitime défense ». Mais les voisins blasés du bruit des disputes ne se dérangent pas vite ; ils préviennent seulement les agents quand ils entendent les gémissements de la femme. Les policiers sont obligés de défoncer la porte et trouvent B. sur la défensive, armé d'une bêche. Il se laisse cependant appréhender, criant : « Saisissez la bouteille, elle contient du poison, je veux qu'on l'analyse ». La femme est morte, atrocement assommée : 14 plaies contuses irrégulières ont haché le cuir chevelu, le crâne est complètement défoncé ; sur la face on constate 16 plaies, 7 à la cuisse, d'autres sur le bras droit fracturé. B. explique qu'il a tué sa maîtresse à coup de casserole, mais on saisit encore une bêche ensanglantée, une fourche américaine et deux autres outils aratoires qui ont servi d'armes au meurtrier.

Consécutivement à cet acte, B. a présenté une période d'égarement avec agitation désordonnée, réponses au hasard, malpropreté. Au bout de quelques semaines, ces troubles mentaux épisodiques ont progressivement disparu et B., qui dans l'intervalle a été transféré à la 3<sup>e</sup> section, n'apparaît plus que comme un débile. Comme il présente de l'iné-

galité pupillaire, une ponction lombaire est pratiquée dont les résultats sont les suivants :

Alb., 0,50.

Lymphocytes, 22.

Pandy, +.

Benjoin, 00000.00222.00000.

W., +.

La réaction W. est + dans le sérum.

Nous signalons l'intensité relative de la lymphocytose (22) qui nous paraît un argument important en faveur d'une poussée subaiguë de méningo-encéphalite, cause de l'épisode délirant. En effet, en février 1925, sans qu'aucun traitement spécifique ait été fait, une nouvelle ponction lombaire donne le résultat suivant :

Alb., 0,70.

Lymphocytes, 4.

Benjoin, non pratiqué.

W., +.

La diminution nette de la lymphocytose est le signe du retour à l'état chronique.

Les pupilles sont inégales,  $D > G$ , irrégulières, très paresseuses à la lumière. Les réflexes tendineux sont vifs et égaux. Léger tremblement de la langue et des doigts ; pas de dysarthrie.

B., tranquille depuis son entrée, travaille régulièrement. Il est docile, aimable et expose qu'il a commis son meurtre sous l'influence d'une folie passagère, inexplicable.

En 1925 et 1926, plusieurs séries d'injections intraveineuses de novarsénobenzol jusqu'à 0,90 n'ont produit aucune amélioration, ni sur l'état mental, ni sur les réactions sérologiques.

En juin 1926, il demande l'assistance judiciaire pour obtenir sa sortie par jugement du Tribunal. L'examen détaillé que nous pratiquons à ce moment nous montre, outre les signes physiques plus haut signalés, l'existence de démangeaisons dans le domaine des nerfs intercostaux, de douleurs en ceinture, signes très probables de radiculite spécifique. Au point de vue mental, nous constatons un affaiblissement, non douteux, mais peu apparent, du jugement et de l'intelligence. B. ne donne que des explications embrouillées sur l'état de ses affaires et sur ses projets. Il s'entête puérilement en des réponses stéréotypées, il accueille avec méfiance et inquiétude les questions sur le



fonctionnement des automobiles et sur le plan de Paris, qui sont pourtant des questions familières pour lui ; il n'est capable d'aucune spontanéité et d'aucune activité mentale. Même en tenant compte de sa débilité originelle, l'affaiblissement mental acquis est indiscutable. B. ne serait plus capable d'exercer sa profession de chauffeur de taxi.

Nous avons donné un certificat défavorable à la sortie insistant sur ce fait que « la maladie cérébrale cause des troubles mentaux et des réactions dangereuses est encore en évolution ».

\* En septembre 1927, B., interné depuis trois ans, restait dans le même état stationnaire qu'on pouvait considérer comme définitif. Le 8 septembre, il fait une légère poussée thermique (37° 8) avec état confusionnel et anxiété. Il a pendant la nuit de nombreuses hallucinations auditives et visuelles : « insultes, menaces de mort et de supplice, visages grimaçants qui se projettent sur les murs de sa chambre ou qu'il distingue à travers les carreaux ». Il refuse de s'alimenter, se traîne à genoux devant les infirmiers et les malades, leur demande pardon pour des futilités qu'il se reproche comme des crimes. Très agité, B. se fait de nombreuses plaies superficielles, s'écorche les avant-bras, se les mord profondément. Il donne des coups de tête contre les murs et les portes et résiste avec une violence agressive aux infirmiers qui veulent l'en empêcher.

L'état confusionnel dure environ deux mois en s'atténuant peu à peu. B. reste remarquablement bradypsychique et inquiet.

Depuis une quinzaine de jours, l'état habituel de bradypsychie et de tristesse est interrompu par de courtes périodes d'agitation euphorique. B. éclate de rire au moindre mot et prolonge son rire de façon démesurée ; il est taquin, bouscule les autres malades, il répond en écho et en riant ou fait des jeux de mots. Cet état ressemble beaucoup plus à la *moria* des tumeurs frontales qu'à l'excitation maniaque. Il est d'ailleurs peu durable (quelques jours) et fait place à la tristesse figée ou à l'anxiété. L'accès actuel ressemble singulièrement au premier, au cours duquel le meurtre s'est produit : même anxiété panophibique, même tendance à la violence sur lui-même et sur les autres. Si ce malade avait été en liberté, il aurait pu aussi bien que la première fois commettre des actes de violence contre des agresseurs imaginaires.

Nous estimons que tous ces troubles mentaux, état intercalaire d'affaiblissement mental et épisodes aigus, ressortissent à la syphilis encéphalique.

1° Il ne s'agit pas d'*alcoolisme*. Toutes les enquêtes ont démontré que le malade n'avait jamais fait des excès de boisson; au cours de nombreux examens pratiqués lors du premier accès, on n'a jamais constaté de stigmates physiques d'alcoolisme.

2° Il ne s'agit pas de *psychose périodique*. Les deux accès dépressifs séparés par un intervalle à peu près normal de plusieurs années pourraient y faire penser. Mais l'aspect clinique des deux accès est bien différent de celui de la maniaque dépressive. L'état d'irritabilité, de peur diffuse avec réactions défensives violentes rappelant l'alcoolisme ou l'épilepsie diffère totalement de la mélancolie intermittente. De plus, dans l'intervalle, nous trouvons des signes non douteux d'affaiblissement dementiel.

3° Pour les mêmes raisons (affaiblissement acquis, coexistence de l'hyperlymphocytose et du premier accès), nous éliminerons le diagnostic de délire épisodique chez un débile ou un dégénéré.

Cette évolution clinique torpide et prolongée ne correspond pas à notre avis à une forme anatomique inflammatoire mais plutôt à un lent processus de sclérose irritative rappelant la forme anatomique de Nissl-Alzheimer. On peut même se demander si quelques symptômes cliniques ne permettent pas de localiser au lobe préfrontal les lésions prédominantes. Récemment, Gans (1), étudiant l'atrophie frontale de Pick, signale dans l'atteinte de cette région : l'humeur dépressive pouvant devenir irascible et agressive, le défaut d'initiative, l'indifférence, la forte diminution de l'attention. Dans notre cas, s'ajoute à ces symptômes la *moria* dont la localisation frontale est classique. Il nous paraît intéressant de signaler cette coïncidence.

On sait combien les manifestations cliniques de ces syphilis cérébrales à évolution lente sont polymorphes.

---

(1) A. GANS. — *Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie*, 80, 1922.

L'épilepsie syphilitique tardive entre dans ce groupe et présente assez fréquemment des équivalents psychiques avec manifestations impulsives. La forme paranoïde décrite par Kræpelin comporte également des variétés avec tendance au meurtre impulsif au cours d'idées de persécution. Une de ses malades s'était armée pendant la nuit d'une hache et voulait massacrer ses compagnes, elle alla ensuite porter plainte à la justice ; un autre malade alluma un incendie pour obéir à des hallucinations auditives.

Les affections encéphaliques autres que la syphilis qui s'accompagnent de sclérose diffuse méningée et névroglique peuvent provoquer des réactions meurtrières impulsives. Qu'il nous suffise de signaler l'épilepsie commune, l'alcoolisme chronique et aussi, mais plus rarement, le traumatisme crânien grave. G. Ballet et Salomon (1) ont rapporté un cas d'irritabilité et de tendance à la colère pathologique consécutif à un traumatisme crânien. Au cours de la discussion, Vallon a déclaré avoir observé des cas analogues.

Le dépouillement d'une série d'observations d'aliénés meurtriers montre que les réactions homicides *improvisées*, c'est-à-dire ne résultant pas d'une longue systématisation délirante contre un persécuteur nominalelement désigné d'avance, sont de beaucoup les plus fréquentes (19 cas sur 22 actuellement dans le service en tenant compte des meurtres accomplis et des tentatives, 14 cas sur 14 en tenant compte des meurtres réels). La démence précoce et l'alcoolisme sont les causes habituelles (5 et 4). Notre observation montre qu'il faut y ajouter comme possibilité la syphilis encéphalique à évolution torpide.

Nous avons actuellement dans le service deux autres malades pour lesquels il est possible que la syphilis ait joué un rôle. Mais chez l'un on note une imbibition alcoolique importante au moment du meurtre, l'autre est une psychose hallucinatoire chronique chez un spécifique.

Une dernière remarque s'impose au point de vue

---

(1) G. BALLEET et SALOMON. — *Soc. de Psychiatrie*, 18 juin 1914.

pratique. Ce malade était tranquille et doux depuis environ trois ans. Quelque temps avant sa rechute, il avait formulé une demande de sortie devant le tribunal. Or, les caractères de violence et d'impulsivité se sont manifestés lors du second épisode délirant identiques à ceux du premier. Si au lieu d'être interné, ce malade avait été en liberté, il aurait pu présenter des réactions très dangereuses. Nous estimons que, quand il s'agit d'aliénés à tendances impulsives graves, la persistance de la maladie causale même atténuée (épilepsie, démence précoce, syphilis cérébrale) nécessite le maintien de l'internement.

#### DISCUSSION

M. COURBON. — Quel était le tempérament habituel du malade ? Était-ce un impulsif ?

M. GUIRAUD. — On n'a pas constaté d'impulsion chez lui ; il n'a pas présenté de réactions anormales antérieures dans le milieu où il a vécu.

**Délires émotionnels de persécution à deux avec représentations imaginaires et réactions agressives de défense par inadaptabilité au milieu social.**

par Paul COURBON et PLOUFFE

Les deux cas de délire à deux dont nous voulons vous entretenir et dont nous vous présenterons les deux agents actifs, offrent, entre autres intérêts, celui de montrer comment la transplantation d'individus dans un milieu social pour lequel ils ne possèdent pas les aptitudes d'adaptation peut avoir les pires conséquences sur leur mentalité.

Il s'agit de deux couples d'ouvriers aux mœurs paisibles et régulières, à la conduite excellente, universellement respectés de leurs voisins tant qu'ils vécurent dans

des quartiers du centre de Paris, au milieu d'une population laborieuse et honnête, qui émigrèrent dans la banlieue la plus lépreuse pour y jouir économiquement de l'air pur de la campagne, mais qui ne purent faire face aux conditions nouvelles du voisinage de la gent sans aveu campée sur la zone des fortifications. Sous l'influence des conflits physiques et moraux qui prirent naissance entre eux et l'entourage, ils perdirent la raison et finirent par devenir pathologiquement dangereux, si bien qu'il fallut les interner dans un asile d'aliénés à la suite de coups de revolver tirés par eux en état de délire.

I. — En 1915, le ménage d'honnêtes employés P. (le mari mourut à la fin de la guerre n'ayant fait que deux places, l'une où il resta 20 ans et l'autre 23 ans) quitta le quartier du Temple pour habiter sur les fortifications de la banlieue des Lilas, le médecin ayant ordonné le séjour à la campagne comme prophylaxie d'une tuberculose menaçante. Ils y achetèrent une maison entourée d'une assez grande clôture limitant un jardin et un terrain laissé en friche.

A la suite de divers décès, Mme P..., âgée aujourd'hui de 62 ans, y vivait seule avec deux de ses petits-enfants orphelins et leur oncle, son propre fils Charles, âgé de 40 ans, encaisseur à Paris. Depuis des années, elle avait des locataires, braves ouvriers avec lesquels elle est restée en excellents termes. Mais en janvier dernier, devant la cherté croissante de la vie, elle se décida à louer un coin de sa clôture à un ménage de chiffonniers. Peu après, elle remarqua que ses nouveaux locataires étaient paresseux et ivrognes, qu'ils coupaient des branches de lilas, maraudaient des légumes, pillaient dans sa réserve de bois. Elle et son fils, garçon très sérieux et très timide qui, parti de grand matin au travail, ne rentrait que le soir, en furent très navrés. Ils firent des observations aux mauvais locataires qui les accueillirent par des injures et continuèrent leurs déprédations, les aggravant de menaces et de quolibets, de propos anarchistes. La mère et le fils très émus firent d'abord preuve de résignation et de patience. Puis, comme les choses empiraient, comme des gens à mine patibulaire sau-

taient sur le mur du clos pour parler avec les chiffonniers, échangeant avec eux des paquets, ils allèrent porter plainte au commissaire de police du quartier. Celui-ci demanda des preuves qu'on ne put lui fournir. Et il déclara qu'un propriétaire avait le droit de tuer des assaillants trouvés de nuit dans sa maison. Ces démarches au commissariat ne firent qu'exciter ceux contre qui elles avaient été tentées. Ce furent des injures plus grossières, des coups contre les volets, des promesses de vengeance.

Les deux malheureux propriétaires vécurent dans des peurs constantes. Ils logèrent les poules dans la cuisine pour qu'elles ne fussent pas volées. Ils passèrent plusieurs nuits dans des veilles, attendant armés d'un revoiver une agression.

Le matin, le garçon partait à son travail, et sa mère allait faire ses confidences aux anciens locataires en qui elle a toujours eu confiance et qui tout en la plaignant lui disaient qu'elle exagérait.

Enfin, un beau jour, à deux reprises différentes, en entrant dans une chambre, elle aperçut le chiffonnier qui s'enfuyait par la fenêtre, laissant un paquet qu'il n'avait pas eu le temps d'emporter. Le matin, c'était au premier étage et les objets qu'il voulait voler étaient un tapis, un parapluie et un chapeau disposés en un seul tas. Le soir, ce fut au rez-de-chaussée, et l'objet prêt à être dérobé était un sac de linge. Dans le courant de la nuit, entendant des cris, des menaces, le fils, sur l'ordre de la mère, tira 4 coups de revolver. Ils virent par la fenêtre le chiffonnier blessé au bras et des femmes lui enroulant le membre dans un pansement.

Au petit jour, ils allèrent raconter leur exploit au commissaire qui fit venir devant eux le chiffonnier sur lequel on ne constata aucune blessure. Aussi les envoyait-on tous deux à l'Infirmierie spéciale du dépôt le 23 octobre dernier.

Nous n'avons pas vu le fils qui, d'après le certificat médical de l'Infirmierie, est un débile ayant eu un rôle purement passif. Quant à la mère, c'est une bonne ménagère, douce et sympathique, peu intelligente et artérioscléreuse. Elle continue à affirmer comme réelles

toutes ses visions et comme justifiées toutes ses plaintes. Beaucoup plus calme qu'à l'arrivée, elle réclame sa sortie et a une conduite tout à fait normale, ne délirant plus.

II. — En 1920, le ménage du menuisier C..., n'ayant pas d'enfant, possédant des économies et se trouvant trop jeune pour la retraite, résolut de vivre à la campagne où la femme cultiverait son jardin, tandis que le mari continuerait à descendre travailler chez son même patron. Ils achetèrent donc un bout de terrain pas trop cher sur les fortifications des Lilas et il construisit lui-même sa maison, qu'il entourait de murs.

Ils y furent très heureux étant les seuls habitants, mais bientôt de nouveaux venus arrivèrent, n'ayant rien de recommandable, mal mis, sans profession avouée, bruyants, indiscrets. Laborieux et peu causeurs, fiers de leur petite fortune, péniblement amassée, le menuisier et son épouse repoussèrent les avances des autres. La femme y mit plus de sécheresse que lui, encore plus de méfiance, car ces gens n'avaient aucune tenue, se saoulaient, étaient dépenaillés et jaloux. Ils marmottaient entre eux, lançaient des allusions ironiques ou menaçantes aux nouveaux riches. L'existence pendant environ 2 ans fut cependant assez supportable. Mais peu à peu les méchancetés furent plus audacieuses. On les injuriait. On sonnait à leurs portes. On jetait des saletés dans leur jardin. Les enfants leur montraient leurs derrières et faisaient des grimaces. De nombreuses querelles, allant parfois jusqu'à la bagarre, eurent lieu. Des plaintes furent déposées sans succès au commissaire.

Les deux persécutés achetèrent alors un revolver, car depuis quelques jours ils avaient éprouvé de terribles douleurs d'entrailles en mangeant des légumes dont le goût avait été atrocement mauvais. Ces douleurs et ces saveurs leur prouvèrent que les saletés jetées par-dessus le mur sur leur potager contenaient du poison. Ils montèrent donc la garde dans leur jardin pendant la nuit. Finalement, dans leur indignation à constater l'impunité de leurs ennemis, ils décidèrent de se venger eux-mêmes. Et le mari tira plusieurs coups de revolver sur un groupe de voisins qui passaient. Arrêté aussitôt, il

fut interné en septembre 1924 et le médecin ayant vu en lui l'agent passif d'un délire à deux, sa femme était internée quelques jours après. Elle l'est encore.

C'est une femme de 46 ans, peu intelligente, irritable et impulsive, de petite taille, au visage facilement courroucé et qui blême en parlant. Elle est convaincue de la légitimité de ses griefs. Elle ne manifeste pas d'idées délirantes actuellement nettement marquées. Mais elle est d'une susceptibilité extrême et a des colères rageuses quand une voisine lui cause un dommage léger, même involontaire.

Nous n'avons pas osé prendre la responsabilité de sa sortie, étant donné qu'elle devrait retourner habiter le même milieu avec son mari, récemment rendu à la liberté. Celui-ci, qui réclame instamment sa femme, nous a déclaré, en effet, que les voisins manifestaient à son égard la même hostilité qu'autrefois. Seul il les supporte, mais le retour de sa bouillante compagne risquerait de provoquer de dangereuses réactions.

Dans ces deux cas, les hommes ont joué un rôle purement passif. Nous envisagerons donc surtout les femmes dans les réflexions que nous allons faire concernant la clinique et l'étiologie.

I. CLINIQUEMENT. — Il s'agit de délires à base d'interprétations. Celles-ci sont nettement circonscrites. Elles ne visent que les individus dont la malveillance sinon la malfaisance sont avérées. L'une et l'autre de ces femmes ne considèrent comme ennemis que des apaches qui les avaient réellement menacées ou leur avaient causé de réels préjudices (bris de clôture, chapardages, etc.). Aucune des personnes de leur catégorie sociale avec lesquelles elles s'étaient liées d'amitié n'a été incorporée dans le délire, bien que n'ayant pas toujours acquiescé aux interprétations des délirantes.

A ce point de vue, on peut même se demander s'il y a vraiment délire. On sait, en effet, comme y a insisté l'un de nous (1), que les taquineries et les méchancetés de

---

(1) COURBON. — Le ridicule et la folie. *Rev. de Psychiatrie*, 1914 ; Les faux délires. *Ann. Médico-Psychol.*, juillet 1926.



l'entourage peuvent donner une apparence délirante à des plaintes légitimes.

La réalité du délire est fournie ici par le fait que les interprétations se sont accompagnées de représentations sensorielles imaginaires, se rapprochant plus ou moins de l'hallucination. Mais tandis que chez l'une les représentations ont été visuelles, comme dans les états oniriques (elle a vu ses ennemis panser leur chef blessé par le coup de revolver et confrontée quelques heures plus tard avec ce prétendu blessé, elle a dû constater devant le commissaire de police qu'il ne portait aucune trace de blessure), les représentations de l'autre ont été gustatives et viscérales (le goût de ses légumes et les brûlures abdominales éprouvées pendant la déglutition et la digestion des légumes de son jardin l'ont confirmée dans sa conviction qu'ils avaient été empoisonnés).

Ces phénomènes peuvent s'expliquer par l'existence chez ces deux femmes d'une particularité de la formule psychologique étudiée par l'un de nous avec Sollier, sous le nom d'imagination représentative (1). Mais alors que cette imagination représentative prédomine chez la première malade sur le sens de la vue, elle prédomine chez la seconde sur le sens gustatif et sur la sensibilité interne.

II. ETIOLOGIQUEMENT. — Ce sont incontestablement des émotions qui ont donné naissance à ces délires. Et ces émotions doivent être envisagées successivement dans leurs effets : particularités du tableau clinique, et dans leurs conditions : inadaptabilité de l'individu au milieu.

a) *Effets des émotions.* — Le rôle étiologique des émotions est affirmé non seulement par les déclarations des malades, mais encore par la présence des signes de l'émotivité physique au moment de leur arrestation et dans les premiers temps de leur internement. En outre, on sait que l'état émotionnel suffit à déclancher

---

(1) SOLLIER et COURBON. — *Sémiologie pratique des maladies mentales* (1 vol., Masson, 1924), Alcan, 92 p.

COURBON. — Du rôle de l'imagination représentative dans les hallucinations. *Ann. Méd.-Psych.*

une imagination représentative restée latente jusque-là. On croit voir, entendre, sentir ce que l'on attend ou redoute avec insistance.

C'est un état émotif élémentaire, un simple mouvement instinctif qui détermina la réaction homicide du premier couple. La mère et le fils tirèrent par simple peur. C'est un état émotif plus complexe et plus durable, un état passionnel véritable qui, au contraire, détermina la réaction homicide du second couple. La femme et le mari tirèrent autant par vengeance que par peur.

*b) Conditions des émotions.* — L'intensité des états émotionnels causés par les événements déroulés autour de nos sujets a pour fondement l'inadaptabilité de ceux-ci aux circonstances sociales du milieu où ils se transplantèrent. Et c'est sur cela surtout que nous voudrions insister, car toute la vertu pathogène de ces émotions vient de là.

Les injures, les menaces, les chapardages, les tentatives de cambriolage, les agressions sont monnaie courante dans la banlieue parisienne des Lilas. Les journaux de ce mois-ci ont consacré des séries d'articles aux vexations et aux dangers auxquels sont soumis les honnêtes travailleurs qui ont le malheur d'habiter dans ce quartier infesté d'apaches.

Pour conserver sa santé physique et mentale dans un tel milieu, il faut pouvoir s'y adapter, soit par un mimétisme docile, soit par une contrainte victorieuse. Dans le premier cas, il faut devenir apache soi-même, par les goûts et les mœurs. Dans le second, il faut s'imposer aux apaches en ne se laissant pas intimider par eux, en les maintenant en respect par des manœuvres appropriées comme celles des braves ouvriers qui s'attendent à la sortie du métro et s'escortent mutuellement le soir pour regagner leurs logis.

Nos héros n'ont eu ni la souplesse, ni la force nécessaires pour changer de conduite et de conceptions. Ils ont continué à vivre sur les fortifications comme dans les rues les plus bourgeoises de Paris. Peu intelligents, très émotifs, raidis dans une discipline automatique héritée de parents paisibles, ils n'ont pas pu réagir

d'une façon opportune aux excitations insolites trouvées dans leur nouveau milieu. Les émotions causées par ces excitations en ont été décuplées et ont acquis de la sorte un pouvoir pathogène qu'elles n'atteignent pas sur des sujets plus adaptables.

Si, au lieu de planter ses choux sur les fortifications de Paris, notre deuxième malade était allée les planter dans quelque rustique village de province, et si notre veuve avait eu pour locataire un brave encaisseur comme son fils, au lieu d'un chiffonnier, il est probable que toutes deux, ainsi que leur mari et leur fils respectifs, eussent achevé leur vie sans attenter à celle d'autrui et sans connaître l'amertume d'un séjour à l'asile d'aliénés.

En un mot, la transplantation de ces individus dans un milieu pour lequel ils n'étaient pas adaptables, a réalisé deux de ces cas de désaccord entre la mentalité individuelle et la mentalité collective, deux cas de ce que l'un de nous appelle anatopisme mental (1). Et le conflit entre les mentalités anatopiques et la mentalité collective a provoqué l'éclosion d'un délire à deux où l'induction a joué un plus grand rôle que la cumduction (2).

#### DISCUSSION

M. COURBON. — Le délire de la première malade est en effet beaucoup moins évident que celui de la seconde. Mais son état pathologique, lors des circonstances qui nécessitèrent son internement, est incontestable néanmoins, du seul fait des représentations mentales qui allèrent jusqu'à l'hallucination visuelle. De plus, elle avoue que son amie, la locataire qui, à l'heure actuelle, garde ses petits enfants et en qui elle continue à avoir confiance, lui disait qu'elle et son fils exagéraient le nombre et l'intensité des méfaits de leurs peu recommandables voisins. On peut donc en inférer qu'aux griefs légitimes s'ajoutaient des griefs imaginaires,

---

(1) COURBON. — Mentalités paradoxales. *Journ. de Psychologie*, 1925.

(2) COURBON. — De l'étiologie des psychoses en foyer. *Annales Méd.-Psychol.*, 1927, juillet.

c'est-à-dire que, parmi ses affirmations, il en est de délirantes.

Les deux malades introduites exposent successivement les faits qui les ont conduites à l'asile. La première le fait avec volubilité, mais sans que ses explications présentent un caractère manifestement délirant ; la seconde, par contre, paraît bien s'être livrée à des interprétations morbides.

M. LEROY. — Il est intéressant de voir des représentations mentales vives aboutir à des hallucinations. Je me rappelle une malade que j'ai connue qui avait persuadé ses enfants de la réalité de ses interprétations, au point que ceux-ci finirent par voir ses persécuteurs. Elle-même les vit par la suite et tira sur eux un coup de revolver.

M. CAPGRAS. — Il est souvent difficile d'apprécier ce qu'il y a de délirant dans les cas de ce genre. La première malade ne fait pas manifestement des interprétations, mais peut-être seulement des constatations. Une enquête approfondie est nécessaire dans ces cas.

M. COURBON. — Je reconnais qu'il existe une différence entre ces deux malades. On ne peut apprécier le caractère délirant des dires de la première malade que par recoupement avec les renseignements fournis par la locataire qu'elle avait chez elle, et aussi par ses représentations mentales visuelles qui paraissent bien manifestement erronées.

La séance est levée à 17 h. 1/2.

*Les Secrétaires des séances,*

BUSSARD, P. GUIRAUD.

---

# ANALYSES

---

## LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

---

### MÉDECINE GÉNÉRALE

Le bacille tuberculeux. *Etudes bactériologiques, cliniques et thérapeutiques*, par ALBERT VAUDREMER, Maître de Conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes (1 vol. in-18, 212 pages, les Presses Universitaires de France, Paris, 1927).

De ses recherches, M. Albert Vaudremer conclut que la tuberculose est étiologiquement une mycose, causée par plusieurs germes aboutissant tous à un même terme qui est le bacille acido-résistant de Koch. Leur conservation et leur développement sont assurés par des éléments granulaires constants à quelque stade que ce soit de la vie du microbe, mais dont le volume peut être très différent. La tuberculose héréditaire est transmise par les éléments bacillaires qui ont traversé le placenta maternel. La tuberculose acquise peut être provoquée soit directement par la forme bacillaire de Koch (lésions folliculaires et tuberculose chronique), soit par les formes granulaires ou bacillaires cyanophiles (bacillooses septicémiques, bacillooses inflammatoires, poussées évolutives et formes non folliculaires).

Ces constatations conduisent à la bactériothérapie et à la vaccination antituberculeuse par l'emploi de vaccins chauffés.

René CHARPENTIER.

Formulaire pratique des Régimes, par H. DAUSSET (1 vol. in-8°, 300 pages, A. Maloine et fils édit., Paris, 1925).

Excellent aide-mémoire dont les documents sont placés par ordre alphabétique et clairement exposés, ce livre est appelé à rendre d'utiles services aux médecins et aux malades. Débutant par le rappel des généralités indispensables et des tableaux nécessaires à la prescription des régimes, il

contient l'étude des divers aliments, l'indication des aliments permis et défendus dans les diverses maladies, et se termine par une liste de menus et de recettes spéciales. Le lecteur y bénéficiera de l'expérience personnelle de l'auteur en matière d'application pratique des régimes alimentaires.

René CHARPENTIER.

**La pratique thérapeutique en clientèle**, par CH. FIESSINGER (1 vol. in-8°, 344 pages, Norbert Maloine, édit., Paris, 1927).

Ce nouveau volume de la série dans laquelle M. Ch. Fiessinger résume son expérience de l'art de guérir, n'aura pas moins de succès que les précédents. L'auteur y enseigne une fois de plus la prudence, l'humilité, le respect de la défense naturelle, l'emploi de petites doses contre les symptômes, de hautes doses contre la maladie, l'importance du régime diététique, et met le lecteur en garde contre les déceptions fâcheuses qui suivent l'audace des thérapeutiques brutales. On y trouvera résumées les notions nécessaires à la prescription et à l'application de la thérapeutique médicale.

René CHARPENTIER.

**L'Examen médical en vue du mariage** (1 vol. in-18, 248 pages, in *Bibl. des Connaissances médicales*, dirigée par le Dr APERT, Ernest Flammarion, édit., Paris, 1927).

Ce petit livre réunit tous les documents et renseignements utiles sur l'application dans divers pays de l'examen médical prénuptial et donne un résumé des lois sur le mariage actuellement en vigueur. Les conditions d'aptitude médicale au mariage y sont exposées en particulier par MM. Apert, Letulle, Queyrat, Heuyer, Papillault, Haskovek, Vignes, G. Schreiber, Louis Forest, René Sand, van Herwerden, A. Govaerts. De nombreux chapitres sont la reproduction de conférences faites en 1926 à la Société française d'Eugénique, sous la présidence du Professeur Pinard. En conclusion générale, M. Lucien March recommande d'utiliser toutes les formes libérales d'action : propagande, action personnelle et collective, action administrative, action judiciaire, action législative, pour rendre usuelle la pratique de consultations médicales prénuptiales, faciliter l'organisation de consultations matrimoniales, poursuivre l'application rigoureuse des articles du Code relatifs aux dommages causés par la faute d'autrui, et vulgariser les notions d'Eugénique.

René CHARPENTIER.

**La Dermatologie en clientèle**, par H. GOUGEROT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. (4<sup>e</sup> édition, 1 vol. in-8°, 852 pages, in *Comment Guérir ? Bibliothèque des Praticiens* publiée sous la direction du D<sup>r</sup> Ch. Fiessinger, Norbert Maloine édit., Paris, 1927).

Cet excellent livre dont la 4<sup>e</sup> édition depuis 1917 atteste le succès est conçu d'un point de vue très pratique et résume « l'indispensable en dermatologie ». L'édition présente contient 40 figures en couleur, 170 en noir et 77 planches hors-texte, iconographie précieuse au lecteur à qui elle rappelle des formes oubliées ou rarement rencontrées dans la clientèle générale. Elle s'est augmentée d'acquisitions récentes parmi lesquelles : nouveaux traitements du psoriasis (insuline), des dermatites polymorphes et du pemphigus, du lichen ; des pyodermites (bactériophages, ultra-violet), de la gangrène (diathermie), de la gale (bisulfite), des tuberculoses, de la lèpre, du xauthome, radiothérapie de l'actinomycose, etc. Il se termine par un chapitre très intéressant sur les *dermatoses exagérées ou simulées* (dermatologie de guerre et accidents du travail).

René CHARPENTIER.

**Le Traitement de la Syphilis en clientèle**, par H. GOUGEROT, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. (4<sup>e</sup> édition, 1 vol. in-8°, 724 pages, 115 fig., in *Comment Guérir ? Bibliothèque des Praticiens* publiée sous la direction du D<sup>r</sup> Ch. Fiessinger, Norbert Maloine édit., Paris, 1927).

Cette nouvelle édition contient comme les précédentes « l'indispensable en syphiligraphie ». Elle contient l'exposé des notions nouvelles sur l'évolution de la syphilis (deux périodes de la syphilis primaire ; syphilis sans chancre ; sensibilisation ; guérison de la syphilis), l'arsénothérapie, la bismuthothérapie, les indications actuelles du mercure, les cures pluri-médicamenteuses, les traitements prophylactiques, etc.

D'importants chapitres sont consacrés aux *syphilis nerveuses*, leur prophylaxie et leur traitement (l'auteur admet, avec MM. Marie et Levaditi, Noguchi, l'existence d'un virus spécialisé neurotrope), à l'hérédo-syphilis, au diagnostic bactériologique, à la séro-réaction de Bordet-Wassermann et à l'interprétation de ses résultats.

Cette excellente mise au point comprend en outre des conseils sur la révélation du diagnostic de syphilis, l'éducation du malade, le mariage, la responsabilité pénale et civile,

la prophylaxie et la lutte antivénérienne, la responsabilité et le rôle du médecin dans le traitement des syphilitiques.

René CHARPENTIER.

## NEUROLOGIE

Les troubles sympathiques dans l'Hémiplégie, par J. PÉRIS-  
SON. (*Travail du Service du Professeur Georges Guillain*.  
— Les Presses Universitaires de France, 216 pages, Thèse,  
Paris, 1925).

Après avoir exposé l'historique de l'étude des troubles sympathiques dans l'Hémiplégie jusqu'à Vulpian et après Vulpian, indiqué ses méthodes d'examen et résumé les observations prises, M. J. Périsson conclut que les troubles sympathiques sont, pour ainsi dire, constants dans l'hémiplégie et sont la conséquence directe de la lésion encéphalique. Ils réalisent deux syndromes bien distincts par la symptomatologie et par leur pathogénie : le *syndrome hypothermique*, le plus fréquent, avec hypotension artérielle, et le *syndrome hyperthermique* avec hypertension artérielle. Ce dernier, qui se compose d'éléments exactement opposés, existe à la période initiale de presque toutes les hémiplégies mais est le plus souvent éphémère et fait rapidement place au syndrome hypothermique. Il traduit l'inhibition sympathique, c'est l'« hémiplégie sympathique flasque ». Le syndrome hypothermique révèle au contraire la libération des centres végétatifs médullaires et M. Périsson lui donne le nom d'« hémiplégie sympathique spasmodique » dont il ne conteste pas l'inexactitude mais qui lui paraît très explicite.

Quant aux rapports des troubles sympathiques avec la localisation de la lésion, M. Périsson conclut que si les troubles sympathiques observés dans l'hémiplégie dépendent avant tout d'une lésion pyramidale, il existe cependant des syndromes sympathiques extra-pyramidaux : l'un revêt les caractères du syndrome hypothermique d'emblée, atténué, localisé et d'apparition tardive ; l'autre est le syndrome hyperthermique prolongé.

Le syndrome extra-pyramidal hypothermique coexiste souvent avec des lésions de la voie sensitive. Cependant la couche optique ne joue qu'un rôle très effacé dans la régulation du tonus sympathique. Le corps strié, au contraire, doit y jouer un rôle de premier plan.

Il existe donc une *voie végétative principale* ayant son origine dans les cellules de la zone rolandique, au niveau



même des cellules pyramidales de l'écorce. De là, partent des fibres qui se rendent dans le corps strié et s'accolent ensuite aux fibres pyramidales qu'elles ne quittent plus jusqu'à la moelle. Une décussation des fibres qui président au tonus de l'extrémité céphalique doit se faire au niveau même de la décussation du faisceau géniculé. Une *voie accessoire* paraît suivre le trajet de la voie sensitive. On ne peut affirmer qu'elle soit la seule.

René CHARPENTIER.

**Travaux et Mémoires, Tome I**, par le Professeur PIERRE MARIE (1 vol. in-8°, 358 pages, 22 fig., Masson et Cie édit., Paris, 1926).

Il faut remercier M. le Professeur Pierre Marie de faire réimprimer en volumes ses travaux aujourd'hui classiques et pour la plupart épars dans des journaux hebdomadaires, des revues ou des recueils dont les exemplaires ne se trouvent que dans de rares bibliothèques. Le groupement de ces éléments de travail indispensables est de nature à faciliter la tâche de tous ceux, et ils sont nombreux, qui auront besoin de les consulter.

Les titres des travaux groupés dans ce premier volume suffisent à rappeler leur importance. Ils ont trait à l'*aphasie*, l'*acromégalie*, la *spondylose rhizomélique*, l'*ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique*, la *dysostose cléido-cranienne héréditaire*, l'*achondroplasie chez l'adulte*. Tous ces mémoires, relatifs à des maladies dont la description a été donnée pour la première fois par le Professeur Pierre Marie ou renouvelée entièrement par lui, ont été réimprimés dans leur intégrité, avec leurs figures originales sans qu'un seul mot ait été changé. A lui seul, ce premier volume, que d'autres suivront, représente une œuvre considérable.

René CHARPENTIER.

## PSYCHANALYSE

**Les Syndromes névropathiques**, par A. HESNARD (1 vol. in-8°, 248 pages, avec *Préface* du Professeur Henri Claude, in *Bibl. des Grands Syndromes*, sous la direction du Professeur H. Roger, Gaston Doin et C<sup>ie</sup>, édit., Paris, 1927).

Dans ce nouvel ouvrage, le distingué professeur de l'Ecole d'application du Service de Santé de la Marine réunit ou décrit sous le nom de syndromes névropathiques : les syndromes neurasthéniques, les syndromes psychasthéniques,

les syndromes anxieux, les syndromes d'obsession, les syndromes hystériques et pithiatiques.

Du fait que ces syndromes se combinent fréquemment, qu'ils ont aussi des symptômes physiques et psychiques communs, M. Hesnard dégage, cliniquement parlant, une certaine *unité* de « la Névrose » et en donne la définition suivante : « Les névroses sont des affections générales caractérisées par : 1° des symptômes psychiques, de nature plus ou moins apparemment constitutionnelle, et tirés de l'analyse de la vie affective, mais dont le malade garde suffisamment conscience pour en reconnaître l'origine morbide en lui-même ; et 2° des symptômes physiques, consistant en un retentissement corporel spécifique de ces mêmes perturbations de la vie affective, non seulement sur l'équilibre général de la santé, mais spécialement sur les fonctions nerveuses d'expression extérieure ou d'impression intérieure des émotions. »

L'exposé clinique de ces syndromes est suivi de l'étude de leur *mécanisme psychopathologique*. « Les névroses naissent et s'atténuent dans un parallélisme (très large) avec les manifestations de la *vie sexuelle* (organique et psychique). Elles traduisent, en général, l'*inassouvissement affectif*. L'*Hérédité* est à la base de cette étiologie affective. »

Un traitement synthétique, physique et moral s'impose ; la thérapeutique physique n'étant qu'un adjuvant. Le véritable traitement réside en la *cure morale*. Passant rapidement sur les thérapeutiques morales traditionnelles, « empiriques et quelque peu aveugles », M. Hesnard termine ce livre par l'exposé de « la *cure morale scientifique des névroses d'après les directives de la psychanalyse* », dont la connaissance approfondie et surtout pratique s'impose à tous ceux qui s'adonnent au traitement des syndromes névropathiques.

« Malgré qu'elle paraisse éternellement vouée à l'hostilité passionnée de tous les hommes asservis à certains préjugés moraux et philosophiques indignes de l'esprit médical, la Psychanalyse, conclut M. Hesnard, contient certainement en germe la Psychothérapie affective scientifique de l'avenir. »

N'abusons pas du mot « scientifique ». Les méthodes que rejette M. Hesnard ont aussi fait leurs preuves. Dans bien des cas, leurs résultats sont obtenus plus rapidement et plus simplement que ceux de la cure psychanalytique.

Contre Freud, *Critique de toute psychologie de l'inconscient*, par Jean BODIN (1 vol. in-8°, 102 pages, Masson et C<sup>ie</sup>, édit., Paris, 1926).

Tous ceux, partisans ou adversaires, qui s'intéressent à la psychanalyse, liront avec fruit la critique de M. Jean Bodin. A vrai dire, l'auteur n'est pas tendre pour les doctrines freudiennes. Tant dans l'ouvrage lui-même que dans les notes qui l'accompagnent, M. Jean Bodin examine la genèse de la doctrine et en critique successivement les différents points. Il y voit un appendice psychologique de l'école de philosophie religieuse qui, ouverte par Fontenelle et le président de Brosses, s'est épanouie dans ces dernières années avec Tylor, Lang, Smith, Frager, S. Reinach, etc., et règne encore sous le nom d'*anthropologisme*. Pour lui, Freud a construit peu à peu la conception peut-être la plus curieuse, quelquefois la plus avisée, en général la plus fausse qu'on se soit faite de l'homme.

M. Jean Bodin signale les dangers de la psychanalyse pour des esprits inquiets, toujours tourmentés par l'analyse d'eux-mêmes, et rappelle ce passage de Wittels sur « les suicides des analystes qui se sont occupés des rêves de leurs malades et voyant, dans le Rêve des autres, leur propre Inconscient comme dans un miroir déformant, ont été saisis d'une telle épouvante qu'elle les a poussés à la mort ». La tendance qui anime la psychanalyse, ajoute M. Jean Bodin, est un pessimisme qui ronge à sa racine le principe de l'être : cette doctrine prend ainsi sa place dans l'évolution romantique.

● L'Inconscient est un mot vide de sens. Notre vie psychique ne peut être conçue que comme une perpétuelle conscience dans un perpétuel présent. La psychologie moderne paraît s'être lourdement trompée lorsqu'elle a pris le mot inconscient au sérieux : elle a peuplé cette notion vide de mécanismes imaginaires. C'est un mythe infernal qui n'a donné le jour qu'à des chimères.

M. Jean Bodin se borne ensuite à une brève esquisse de sa conception de la névrose. Contrairement à Freud, il suppose que la névrose se produit dans les cas où l'on ne peut, en aucune façon, parler de conflit intérieur. Ce dernier chapitre, très court, n'est que l'annonce d'un exposé ultérieur détaillé de la propre philosophie de l'auteur.

Citons, pour terminer, ce conseil d'Artémidore, rappelé par M. Jean Bodin (note II) qui rattache le volume de Freud sur *la Science des Rêves* à l'*Onirocritique* d'Artémi-

dore : « Lorsque tu expliqueras un songe à quelqu'un et que  
 « tu voudras avoir l'air plus capable qu'un autre, je te  
 « conseille de t'en servir ; mais n'en use jamais pour ton  
 « compte, parce que tu te tromperas. »

René CHARPENTIER.

**Introduction à la Psychoanalyse** (*Einführung in die Psychoanalyse*), Harald SCHULTZ-HENCKE. 1 vol. de 387 p., avec 5 schémas, Iena, G. Fischer, 1927, 18 mks.

L'auteur a pour but de faciliter la compréhension de la psychanalyse « aux médecins, étudiants, professeurs, pédagogues et à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie ». Il résume la pure doctrine de Freud, sans apporter aucun fait nouveau.

Ce livre est divisé en 4 grands chapitres. Le premier traite des désirs de l'enfance, du mécanisme de refoulement, de l'action des désirs refoulés, de la formation de névroses, de caractères manqués.

Le lecteur s'assimilera assez facilement les termes si fréquemment employés par les psychanalystes : la sublimation, la fixation, la régression, le complexe d'Edipe, le complexe de castration, etc.

Le deuxième chapitre traite de la thérapeutique par la psychanalyse. On y trouvera les indications de la psychanalyse, son but, ses moyens d'action.

L'auteur insiste sur les détails techniques de l'application de ce mode de thérapeutique, de sa durée ; il aborde même la question épineuse des honoraires.

Dans le troisième chapitre consacré aux réflexions fondamentales, l'auteur traite la question des interprétations dans la psychanalyse, de l'inconscient ; il y analyse la notion de la constitution psychique normale ou anormale.

La dernière partie, plus personnelle, développe les rapports de la psychanalyse avec la philosophie, la vie publique, la pédagogie, le code pénal, le mariage.

La lecture de ce livre donne une idée générale de la psychanalyse, bien qu'elle traite certaines parties d'une façon plus ou moins succincte ; d'autres comme les rêves, les anecdotes, les lapsus ne sont qu'effleurées.

Ceux qui, séduits par la méthode psychanalytique, voudraient l'approfondir, devront s'adresser à la littérature-mère, aux œuvres de Freud et de ses disciples.

Quant aux médecins qui voudraient apprendre la méthode pour l'appliquer à leurs malades, ils devront, en plus de

leur profonde connaissance de toute la littérature psychanalytique, se laisser analyser eux-mêmes par un confrère spécialisé, c'est sur quoi insiste tout particulièrement l'auteur.

Gabriel FAILL.

## PSYCHIATRIE

**La schizophrénie**, par E. MINKOWSKI. 1 volume, in-8°, 268 pages, Payot éditeur.

La lecture de l'important ouvrage de Minkowski sur la schizophrénie est indispensable à tout aliéniste qui veut se tenir au courant du mouvement contemporain. L'auteur que l'on doit considérer comme l'introducteur et le vulgarisateur en France de la notion de schizophrénie a fait surtout une œuvre originale ; du début à la fin du livre, on se laisse entraîner par une dialectique savante et adroite qui expose, étaye et défend la conception minkowskienne de la schizophrénie. Mais par surcroît on trouve le résumé de tous les travaux marquants spécialement ceux de Bleuler, Krestschmer, Claude.

Le premier chapitre est consacré aux constitutions schizoïde et syntone et à l'important problème du terrain et de la maladie. Se reportant toujours aux sources originales de Krestschmer et de Bleuler, Minkowski donne une description très précises des deux constitutions fondamentales ; il montre comment Bleuler en est arrivé à considérer la schizoïdie et la syntonie, non plus seulement comme des constitutions pathologiques, mais comme des principes vitaux normaux réglant le comportement de l'individu par rapport à l'ambiance.

La schizoïdie ou la prédominance de l'élément schizoïde dans le comportement vital est le terrain sur lequel pourra se développer la maladie schizophrénie, laquelle résulte d'un « facteur nocif, de nature évolutive, susceptible de déterminer un processus morbide mental ». Ce facteur inconnu n'intervient que pour grossir, pour exaspérer les symptômes schizophréniques. Il semble, quoique l'auteur ne le dise pas explicitement, que, se développant chez un cycloïde, il produirait une psychose maniaque dépressive. Quelquefois, un facteur pathogène plus évident, chez des schizoïdes, peut manifester des symptômes schizophréniques, la *catatonie*, par exemple, dans la Paralyse générale. Les recherches héréditaires confirmeraient ce point de vue.

Actuellement, le diagnostic, classique depuis Kræpelin, entre la maniaque dépressive et la schizophrénie est basé

sur cette notion d'*adaptation à l'ambiance* qui, dans la psychose périodique persiste, même dans la maladie et qui, dans les schizoses est atteinte même à l'état dit normal.

Quel est le trouble fondamental de la schizophrénie ? Ce n'est pas la discordance, la dissociation, mais la *perte du contact vital avec la réalité*. Minkowski montre la parenté de ce point de vue avec celui que nous avons soutenu avec Dide en décrivant l'athymhormie. Il signale l'opposition fondamentale établie, par Bergson entre l'intelligence et l'instinct, explique comment dans la schizophrénie ce dernier est à peu près seul atteint alors que l'intelligence (presque toujours conservée) impose à la pensée tout entière ses catégories d'espace, de forme et de logique. Le schizophrène en arrive ainsi à une sorte de rationalisme et de géométrisme morbide, il spatialise le mouvement et la durée, il essaie vainement d'encadrer dans la logique et les mathématiques les événements vitaux.

L'autisme, dont Bleuler a précisé imparfaitement les caractéristiques, à tel point que nous avons pu lui objecter que l'autisme n'était pas autre chose que le délire, prend une autre signification dans la théorie de Minkowski. L'autisme décrit jusqu'ici avec tant de sympathie par les psychanalystes est surtout l'autisme des complexes, des constructions délirantes, des vies intérieures tumultueuses mais cachées (*dereistisches Denken* de Bleuler). Minkowski nous montre un autisme sans complexes, sans délire, *l'autisme pauvre* qui est caractérisé purement par le défaut d'élan et de contact vital avec la réalité. Nous devons signaler ici une analyse fort intéressante de l'activité des schizophrènes. Dire qu'ils ont perdu le contact vital avec la réalité ne signifie pas qu'ils soient inactifs, mais leur activité est butée, aveugle, inadaptée à la vie. Il faut lire l'exemple de la femme obstinée, imperméable aux bons conseils de son mari, qui s'épuise en travaux nocturnes pour acheter un piano inutile ; l'exemple de l'ingénieur qui adresse au hasard cent cinquante demandes d'emploi, etc.

L'affaiblissement du contact vital avec la réalité produit comme une perte de substance dans le psychisme et les éléments restés intacts « tendent à se regrouper pour établir dans la mesure du possible une sorte de nouvel équilibre ». Les manifestations de cette tendance défensive constituent ce que l'auteur appelle les « attitudes schizophréniques ». Ces attitudes encore peu étudiées sont : la rêverie morbide, la bouderie morbide, les regrets morbides, l'attitude interrogative, etc. Elles finissent par devenir sté-

réotypées et dépourvues de vitalité ; elles règlent tout le comportement de l'individu à l'égard de l'ambiance ainsi qu'à l'égard de sa vie intérieure. Au cours de ce chapitre, Minkowski discute la valeur de la notion de schizomanie de Claude. Pour lui, la schizomanie est une schizophrénie simple et fruste ; la persistance de l'activité intellectuelle dans la première, la possibilité de guérison ne sont pas des caractères distinctifs suffisants.

Quelle est la portée thérapeutique de la notion de schizophrénie ? D'abord, elle nous enseigne que les malades, en dépit des apparences, ne sont pas des déments, elle nous donne la foi en la guérison ; elle conduit à la thérapeutique par le travail, à l'essai rapide de sortie pour éviter l'enkystement dans l'Asile, et enfin à une thérapeutique médicale dont le seul résultat est de transformer la situation psychologique et de faire croire au schizophrène qu'il n'est pas un fou mais un malade ordinaire.

On comprend qu'une œuvre aussi personnelle ne va pas sans soulever des objections.

L'auteur ne tient pas compte que beaucoup d'aliénistes ne croient pas à l'existence de maladies mentales. Pourquoi préjuger qu'une maladie doive ou puisse se synthétiser, se condenser entièrement en une formule psychologique de quatre ou cinq mots ? Quel est l'*agent pathogène* qui s'attaque directement et électivement aux fonctions psychiques ? A cet égard, à côté de la similitude du point de vue que nous avons soutenu avec Dide en décrivant l'athymhormie, il convient de souligner les différences qui nous séparent de la théorie de Minkowski. Nous admettons que les centres sympathiques supérieurs sont atteints dans l'hébéphrénie d'où défaut d'activité vitale instinctive et affective, mais nous expliquons la catatonie vraie par des lésions des centres voisins, les troubles végétatifs par des lésions sous-optiques ou tubériennes, la démence légitime, quand elle existe, par une extension des lésions à l'écorce. On voit combien notre critérium psychologique est loin d'être exclusif et de vouloir rendre compte de tous les symptômes de la maladie.

D'autre part, les termes de « contact vital avec la réalité », « d'autisme », de schizoïdie employés par Krestschmer, Bleuler ou Minkowski expriment tous un défaut de soudure ou de pénétration entre le *moi* et le *non moi*, sans faire sentir que l'essentiel psychologique de la maladie est précisément un défaut de la création et de l'activation du moi. Ce ne sont pas les Affaires Étrangères, c'est l'Intérieur qui

est malade. Relisez la description de Krestschmer ou de Minkowski qui analysent bien les malades comme nous. « Nous ne voyons que le vide devant nous. Il ne fait rien, absolument rien et vraiment, je finis par croire qu'il ne pense à rien non plus. » Et cette phrase à la manière d'Egard Poë : « Il n'y a derrière cette façade silencieuse que ruines et que poussière, que le vide monotone, que le souffle glacial de la démence affective. » C'est la description de l'autisme pauvre. Pauvre, certes ; mais pourquoi *autisme* ?

L'importance accordée à la constitution schizoïde comme base de la schizophrénie paraît excessive et surtout cette opinion que dans la constitution « se trouvent préformés les caractères essentiels de la psychose future ». Le facteur pathogène inconnu, cause de la maladie par son *mode d'action* et sa *localisation* est le vrai producteur des divers symptômes. Si un P. G. fait de la catatonie, nous ne croyons pas, avec Minkowski, qu'il a une constitution schizoïde (peut-être latente) mais tout simplement que les spirochètes attaquent les noyaux gris ; s'il fait une évolution par poussées séparées par des intervalles à peu près normaux, nous ne croirons pas que cela résulte d'une constitution *cycloïde*, mais bien des variations dans la défense de l'organisme et l'agressivité des spirochètes. La constitution schizoïde n'est pour nous qu'une simple *prédisposition* nullement nécessaire ; elle indique seulement l'imperfection de certains systèmes de neurones.

Enfin, la schizophrénie de Bleuler-Minkowski a vraiment une extension excessive. L'auteur répond avec son maître qu'il n'en est pas responsable et que la schizophrénie est une maladie plus fréquente que les autres, de même que les chevaux sont plus nombreux que les éléphants. Oui, mais les critères des maladies mentales sont beaucoup moins nets et impératifs que ceux des espèces animales. Entre le D. P. à gros signes physiques et le délirant lucide et actif, il est pratiquement impossible de ne pas établir une différence. La notion de la schizophrénie étendue a de graves inconvénients. Je lis par exemple dans un journal américain : « Etudes sur le métabolisme basal des schizophrènes ». Le diagnostic de la schizophrénie n'est suivi d'aucune observation détaillée ; le travail devient inutilisable. Comme le fait justement remarquer Nayrac, il est indispensable de donner quelques coups de ciseaux dans la schizophrénie Bleulérienne ; le difficile est de savoir où les faire passer. La division de l'école de Claude nous satis-



fait peu, surtout par sa tendance à opposer une maladie organique (D. P.) à une maladie psychogène (schizoses). Nous estimons que le point de vue le moins discutable est encore celui de Kræpelin et de l'Ecole française traditionnelle séparant l'hébéphrénie (D. P. de Kræpelin, 1912) et les délires systématisés (paraphrénies) dans lesquels l'activité, l'intérêt vital persistent à côté du délire.

Dans ce compte rendu nécessairement trop condensé nous n'avons pu donner une idée de l'aisance et de la clarté qui permet de suivre agréablement un sujet difficile, grâce aux divisions nettes, aux comparaisons saisissantes et adroites, aux exemples pris sur le vif.

L'éditeur a droit aussi à sa part de félicitations. En nous donnant de nombreuses traductions de Freud et de son école et des travaux français originaux, il a rendu service à la psychiatrie française.

P. GUIRAUD.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

---

## Société clinique de médecine mentale

Séance du 21 novembre 1927

Présidence de M. LEROY, président

Hémisyndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite léthargique paraissant s'être manifestée au début par des symptômes de folie morale, par L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, présentant un syndrome parkinsonien localisé au seul côté droit du corps. Facies figé, salivation, bouche déviée à droite. Tremblement fin, hypertonie du côté droit. Roue dentée plus nette au poignet. Exagération des réflexes de posture ; abolition des mouvements automatiques du bras. Troubles vaso-moteurs. Rien d'appréciable du côté gauche. Réflexes tendineux vifs, égaux. Pas de Babinski. Pas de troubles pupillaires. Troubles du rythme respiratoire.

B.-W. négatif dans sang et liquide<sup>c</sup> céphalo-rachidien. L'affection a débuté à l'âge de sept ans par des troubles du sens moral ; mendicité, vols, racontait que sa mère la battait, la privait de nourriture. Mise à 10 ans dans un établissement pour enfants vicieux, elle présente une somnolence continue ; bradykynésie ; mauvaise élève, violente, indisciplinée. Placée à Bicêtre à l'âge de 11 ans, l'hémisyndrome pallidal s'installe progressivement, tandis que les troubles du sens moral disparaissent et que les progrès scolaires se font normalement.

Les deux points intéressants sur lesquels insistent les auteurs, sont : d'une part, l'apparition de troubles du caractère longtemps avant les symptômes de l'encéphalite épidémique et leur amélioration progressive, pendant que s'installait l'hémisyndrome parkinsonien ; d'autre part, la localisation unilatérale des troubles fut prise par plusieurs cliniciens avertis pour une hémicontracture pyramidale.

Tremblement intentionnel, mouvements choréiformes et athétoïdes, dysarthrie, dysphagie, imbécillité, séquelles d'une

encéphalopathie infantile (maladie de Wilson ou pseudo-sclérose de Westphal-Strümpell), par L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Il s'agit d'une femme de 30 ans qui, jusqu'à l'âge de 4 ans 1/2, a présenté des convulsions. A 5 ans, nouvelles crises convulsives accompagnées de fièvre (41°) et suivies de coma.

Depuis, tremblement intentionnel aux membres supérieurs et à la tête, mouvements choréiformes, contracture légère et variable des membres et des muscles postérieurs du cou. Abolition des mouvements automatiques des bras pendant la marche. Dysarthrie, dysphagie. Asynergie, dysmétrie, adiadococinésie. Pas de signes pyramidaux, réflexes abdominaux vifs. Pas de myastagmus, pas de troubles des réflexes de posture. Pupilles égales, réagissant bien. Pas de coloration anormale de la cornée. Adiposité depuis 1 an (83 kilos). Pas de goître, règles irrégulières. Albuminurie légère, urobilinurie. B.-W. négatif. Troubles mentaux caractérisés par de l'imbécillité avec idées érotomaniaques et délire de grossesse. Violentes crises de colère. Après avoir discuté les diagnostics de forme fruste de maladie de Wilson et de pseudo-sclérose en plaques de Westphal-Strümpell, les auteurs se rallient plutôt à ce dernier diagnostic.

**Manifestations cliniques de début de la syphilis cérébrale et de la P. G.**, par MM. A. MARIE et CHATAGNON. — Les auteurs attirent l'attention sur certaines manifestations prémonitoires consistant en crises anxieuses aiguës transitoires avec vertiges se renouvelant à intervalles variables (trois mois dans un cas), apparaissant 10 à 12 ans après une syphilis certaine. Ces crises peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, en particulier avec l'épilepsie et l'angine de poitrine. Elles semblent être sous la dépendance de spasmes vasculaires et régressent sous l'influence des arsénicaux.

**La transfusion sanguine dans les syndromes mentaux**, par MM. A. MARIE et CHATAGNON. — Les auteurs montrent l'intérêt de cette méthode thérapeutique au cours de certains états de déchéance, comme la démence sénile et la paralysie générale (2 cas).

**Histoire d'un cas complet, mélange de plusieurs constitutions morbides chez un grand psychasthénique**, par M. FOLLY. — Histoire d'un grand psychasthénique, douleur, aboulie,

qui fut littéralement intoxiqué par la lecture des philosophes allemands. Une phrase de Nietzsche l'obsède et lui fait concevoir le néant de l'existence, d'où dégoût, lassitude, idées de suicide, qu'il tente par deux fois de mettre à exécution. A son arrivée au régiment, il fait une fugue à l'étranger dans une crise d'anxiété et de désarroi. Mis en observation, il présente un curieux sujet d'étude. Sur un fond de psychasthénie, on trouve en effet chez lui un mélange de trois constitutions morbides : schizoïde, paranoïaque et cyclothymique, où prédomine l'élément paranoïaque. L'influence de ses lectures, mal digérées du reste, se fait sentir dans ses idées sur la patrie, la religion, le devoir, le mariage, le rôle social de la femme, la famille, etc...

L. MARCHAND.

### Société de Psychiatrie

Séance du 17 novembre 1927

**La syphilis nerveuse à Constantinople.** — M. B. CONOS montre que la syphilis nerveuse n'est pas moins fréquente en Orient qu'en Occident et il fournit à l'appui de cette thèse une statistique et plusieurs observations.

**Un cas d'alexie pure avec agnosie visuelle.** — MM. H. BARUK et E. HARTMANN présentent une malade atteinte d'alexie pure avec hémianopsie, légère agnosie visuelle, quelques troubles de l'orientation spatiale. Aucun trouble aphasique, écriture parfaite, identification des lettres en les traçant avec le doigt dans l'espace.

**Excitation maniaque et tumeur cérébrale.** — MM. CLAUDE, BARUK, LAMACHE et TINEL rapportent l'observation d'une malade ayant présenté une tumeur méningée volumineuse, ayant comprimé le lobe temporo-occipital et ayant provoqué un état maniaque. Il y avait une alternance entre les faits somatiques et psychiques. De plus, il n'y avait aucun signe objectif d'hypertension intra-crânienne.

M. LHERMITTE insiste sur l'évolution relativement favorable de ces méningiomes.

**A propos de certains états curables simulant la schizophrénie.** — Le prof. Rossi, dans un important travail, trop

long pour être analysé ici, rapporte de nombreux cas d'états simulant la schizophrénie et ayant guéri.

Régression des troubles somatiques et psychiques sous l'influence du traitement salicylé, dans un cas de psychose hallucinatoire. — MM. TARGOWLA et OMBREDANNE présentent une malade dont les troubles d'allure paranoïde se sont progressivement réduits sous l'influence du traitement salicylé, alors que la psychose paraissait en pleine systématisation. D'autre part, l'association des petits signes neurologiques, au début de l'évolution, est en faveur de la nature organique du syndrome observé.

Apparition brusque et simultanée d'un état anxieux et de symptômes neurologiques d'atteinte encéphalique. — MM. TARGOWLA et OMBREDANNE présentent une malade anxieuse, qui a fait une tentative de suicide le lendemain de son mariage. Elle présente en outre des signes cérébelleux et pyramido-striés, ainsi qu'une forte albuminose avec B.-W. positif dans le L. C.-R.

Mélancolie intermittente, très rapidement guérie après injection intra-veineuse de vaccin anti-chancrilleux. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE, P. CHEVALLIER et J. RAVIER présentent une malade dont l'accès de mélancolie avait abouti à un état de stupeur. A la suite du traitement, la stupeur s'est dissipée avec une brusquerie remarquable et le cycle de la période dépressive s'est trouvé interrompu. Parmi les moyens de traitement des psychoses par le choc, il convient donc de placer la pyrethérapie par le vaccin anti-chancrilleux.

Interprétations délirantes d'actes automatiques comitiaux. — MM. MONTASSUT et LIGNIÈRES présentent une malade qui interprète dans le sens d'un délire d'influence des actes automatiques complexes dont la nature comitiale n'avait pas été reconnue au début.

Récidive simultanée de phlegmons et de confusion mentale chez une cyclothymique. — MM. P. COURBON et Vié donnent l'observation d'un malade qui a présenté deux accès de confusion mentale à la suite de phlegmons. La cyclothymie constitutionnelle de cette malade n'a pas été influencée par l'état toxi-infectieux qui avait déterminé la confusion mentale.

**Société belge de Médecine mentale**

Séance du 29 octobre 1927, tenue à Bruxelles

Présidence du D<sup>r</sup> CUYLITS (Tournai)

Le président souhaite la bienvenue au professeur H. Claude, de Paris. Il lui dit tout l'intérêt que ses travaux ont suscité parmi les psychiatres belges et le remercie d'avoir bien voulu leur apporter le fruit de certaines de ses recherches. Il rappelle enfin que c'est à lui qu'incombera la présidence du Congrès qui se tiendra l'an prochain à Anvers.



Prof. H. CLAUDE (Paris), Paralyse générale et schizophrénie. — Les rapports symptomatologiques entre les deux affections semblent peu fréquents et le diagnostic différentiel se pose rarement entre-elles. Pourtant, les auteurs signalent des cas mixtes. Bleuler rapporte un cas typique de combinaison de P. G. et de schizophrénie.

Séglas et beaucoup d'autres auteurs ont rapporté de nombreux cas de syndrome catatonique au cours de la P. G. D'autres, par contre, tels qu'Antheaume et Trepsat, ont observé des symptômes avérés de P. G. au début de la démence précoce.

Les cas de P. G. à symptomatologie schizophrénique sont en tous cas très rares. Par contre, ils sont assez fréquents, comme l'a signalé le premier Gerstmann, chez les P. G. qui ont été malarisés. L'orateur en signale plusieurs cas personnels, à type surtout paranoïde. L'interprétation étiologique et pathogénique de ces cas est particulièrement difficile. L'aspect clinique rappelle celui qu'on observe dans certains états infectieux qui ont atteint les méninges (encéphalite épidémique). D'autre part, dans les cas de syphilis cérébrale ou de tabès revêtant l'allure paranoïde, on n'a pas trouvé les lésions de la P. G., mais des altérations méningées ou vasculaires et surtout des artérites de type syphilitique. Avec Gerstmann, l'orateur pense que la malaria dissiperait surtout les réactions d'ordre paralytique pour laisser la place à une syphilis cérébrale qui jouerait le rôle de maladie infectieuse. Il semble bien, en tous cas, qu'un lien de causalité relie la P. G. et la schizophrénie.

Prof. DIVRY (Liège), *Etude histo-chimique des plaques séniles.* — Le noyau des plaques séniles présente : 1° une légère biréfringence qui devient nette lorsque la coupe est traitée au lugol. Il y a de plus une structure sphéro-cristalline. 2° la réaction à l'iode et la réaction iodo-sulfurique propres à l'amyloïde ; 3° sous l'action des couleurs basiques d'aniline, les métachromasies caractéristiques de l'amyloïde ; 4° les plaques séniles et leurs noyaux résistent absolument à l'action des solvants des lipoides.

L'auteur croit pouvoir conclure de ses patientes études que les plaques séniles sont l'expression d'une hyalino-amyloïdose disséminée et miliaire, intéressant surtout le cortex cérébral.



Après la séance, eut lieu la visite à l'asile-dépôt de l'hôpital Saint-Jean (service du prof. Ley) et celle de la chapelle et des salles de réunion de la Commission d'assistance publique de Bruxelles. Les visiteurs purent y admirer une importante collection de toiles des maîtres anciens.

Le soir, un dîner intime était offert au professeur Claude et au docteur René Charpentier. Le Docteur Vervaeck exprima, en termes heureux, à ces deux distingués collègues français, les sentiments de vive sympathie de leurs amis belges et leur plaisir de les recevoir parmi eux.

G. VERMEYLEN.

# ASSOCIATION MUTUELLE

## DES

# MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

---

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 30 MAI 1927

*Présidence de M. Semelaigne, vice-président*

L'Assemblée générale s'est tenue, à 14 heures, 12, rue de Seine.

S'étaient fait excuser : MM. Alaïze, Arsimoles, Collet, Cullerre, Farez, Latapie, Salin, Schützenberger, Sizaret, Védié, Vieux.

Le Président donne la parole au secrétaire, M. Guiraud.

M. GUIRAUD. — Messieurs, depuis notre dernière Assemblée générale, notre Association a subi de cruelles pertes. Nous avons à regretter la mort de Marcel Briand, membre du Conseil, et de Maurice Mignard, André Collin et Dez-warte, membres sociétaires.

Marcel Briand est décédé le 2 février 1927 des suites d'une longue et douloureuse maladie qu'il a supportée jusqu'au bout avec un stoïcisme élégant et tranquille. Tant que ses forces n'ont pas trahi sa volonté, il n'a rien abandonné de son activité médicale ; nous le voyons suivre avec assiduité nos réunions scientifiques et continuer à mettre au service de tous son érudition, sa profonde expérience en même temps que son inaltérable amabilité.

Interne à Ste-Anne en 1878, Briand eût pour maître Magnan. Il collabora longtemps avec lui comme interne et comme médecin-adjoint et lui succéda à l'admission. Sa contribution fut importante dans tous les travaux de l'Ecole de l'Admission qui a honoré la psychiatrie française. Il n'est pas possible de rappeler ici les nombreuses publications de notre regretté collègue. Parmi elles, son nom restera attaché à l'étude du Délire aigu et de sa pathogénie



toxi-infectieuse unanimement admise aujourd'hui ; et aussi aux troubles mentaux et moraux de l'Encéphalite léthargique.

Membre et ancien Président de toutes nos Sociétés médicales, Briand avait une autorité scientifique telle qu'il était l'expert le plus écouté par l'Administration, la Magistrature, l'Armée.

C'est Briand qui pendant la guerre avait créé et organisé le service central de Psychiatrie du Gouvernement militaire de Paris. Il réalisa avec ses collaborateurs une œuvre énorme qui ne compte pas moins de 25.000 observations. Son influence fut si grande que, médecin principal de 1<sup>re</sup> classe honoraire, il continua jusqu'à sa mort à participer à l'activité du Val-de-Grâce où il restait, à juste titre, l'arbitre respecté de la médecine légale militaire.

Au moment où ses collègues et ses amis croyaient que Maurice Mignard achevait heureusement sa convalescence, ils apprirent la brusque nouvelle de sa mort, en pleine activité scientifique à l'âge de 45 ans. Quoique disparu prématurément, Mignard laisse une œuvre importante, fruit d'une haute culture philosophique et d'une expérience clinique affinée par l'amour du malade. Ses travaux sur la joie passive, l'auto-conduction, la psychologie des délires, l'emprise organo-psychique, sont connus de nous tous. Il avait été secrétaire de la Société clinique de médecine mentale et de la Société médico-psychologique.

Les qualités morales de Mignard laissaient une profonde impression sur tous ceux qui le connaissaient bien. Doux et discret, fortement attaché à ses convictions philosophiques et religieuses, il comprenait et respectait toutes les opinions avec une hauteur de vues étonnante. Personne ne pouvait réussir mieux que lui en psychothérapie, parce que, sans trop sacrifier à des théories hasardeuses, il alliait à sa remarquable compétence scientifique la vertu suprême de l'aliéniste : la Charité.

André Collin, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique, contemporain de Mignard, est mort peu de temps après lui. Il était spécialisé dans la Psychiatrie infantile. Il a publié un important traité de médecine légale infantile et, récemment, un livre original sur les « Enfants nerveux ». Son œuvre, pleine de promesses, a été également interrompue par une disparition prématurée. La bonté, l'indulgence, la discrétion d'André Collin étaient connues de tous. A notre époque de lutte pour la vie, parfois âpre et bruyante, il est bon de saluer la mémoire de

ceux qui s'imposent seulement par leur science et par leur cœur.

Le Docteur Deszwarte avait été nommé médecin-adjoint pour la région de Lille en 1896. Il resta pendant de nombreuses années médecin-chef à l'Asile de Maréville. Après avoir pris sa retraite, il fut nommé médecin-chef à l'Asile de Niort où il est décédé en novembre 1926. Deszwarte s'intéressait beaucoup aux travaux contemporains de Psychiatrie et a publié une série d'articles fort suggestifs sur les noyaux gris centraux et sur une théorie sous-corticale de l'Hystérie qui cadre bien avec les théories analogues de nombreux auteurs français et étrangers. Philosophe, doux, scrupuleux, Deszwarte était d'une grande modestie et d'une grande sensibilité. Il laisse d'unanimes regrets.

Nous avons reçu depuis la dernière Assemblée générale, les nouvelles adhésions de MM. Carriat, Hacquart, Hyvert, Villey-Desmeserets. Nous souhaitons à nos nouveaux sociétaires une cordiale bienvenue.

Le Président donne la parole à M. Dupain, Trésorier.

M. DUPAIN, Trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice 1926.

#### RECETTES DE L'ANNÉE 1926

En caisse en numéraire du Trésorier au 1 <sup>er</sup> janvier 1926 .....	793 32
Subvention du Conseil général de la Seine.....	500 »
Souscriptions d'asiles .....	2.353 70
Cotisations des membres de l'Association.....	3.195 »
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier .....	8.069 06
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier..	19 65
Remboursements d'obligations amorties P.-L.-M. et Midi .....	931 24
Solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1 <sup>er</sup> janvier 1926.....	5.462 93
Solde créditeur au Compte Courant des chèques postaux au 1 <sup>er</sup> janvier 1926.....	2.789 70
Versement au Compte Courant du Crédit Foncier .....	500 »
<b>Total des recettes.....</b>	<b>24.614 60</b>

## DÉPENSES DE L'ANNÉE 1926

Secours distribués .....	10.850 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat .....	971 55
Achat d'obligations P.-L.-M. et Midi .....	894 30
Frais de garde et divers au Crédit Foncier ....	99 14

Total des dépenses .....	12.814 99
--------------------------	-----------

Recettes .....	24.614 60
Dépenses .....	12.814 99

Excédent des recettes .....	11.799 61
-----------------------------	-----------

Cet excédent de recettes est représenté au 1<sup>er</sup> janvier 1927 :

Encaisse en numéraire du Trésorier.....	465 52
Solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier .....	7.567 44
Solde créditeur au Compte Courant des Chèques postaux .....	3.766 65
Total .....	11.799 61

## DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

*Recettes*

Solde créditeur au 1 <sup>er</sup> janvier 1926.....	5.462 93
Revenus des rentes et titres en dépôt.....	8.069 06
Remboursements d'obligations amorties P.-L.-M. et Midi .....	931 24
Intérêts des fonds en dépôt .....	19 65
Versement en numéraire .....	500 »

Total des recettes .....	14.982 88
--------------------------	-----------

*Dépenses*

Retraits par chèques .....	6.422 »
Achats d'obligations P.-L.-M. et Midi.....	894 30
Frais de garde et autres.....	99 14

Total des dépenses .....	7.415 44
--------------------------	----------

Recettes .....	14.982 88
Dépenses .....	7.415 44
Excédent des recettes .....	7.567 44

Cet excédent de recettes est représenté par le solde créditeur au Compte Courant du Crédit Foncier au 1<sup>er</sup> janvier 1927 : 7.567 fr. 44.

#### DÉTAIL DU COMPTE DU TRÉSORIER

##### *Recettes*

Encaisse en numéraire au 1 <sup>er</sup> janvier 1926.....	793 32
Subvention du Conseil général de la Seine.....	500 »
Souscriptions d'asiles .....	2.353 70
Cotisations des membres de l'association.....	3.195 »
Retraits par chèques du Compte Courant du Crédit Foncier .....	6.422 »
Disponibilités au Compte Courant des chèques postaux .....	2.789 70
Total des recettes .....	16.053 72

##### *Dépenses*

Secours distribués .....	10.850 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat.....	971.55
Total des dépenses.....	11.821 55
Recettes .....	16.053 72
Dépenses .....	11.821 55
Excédent des recettes .....	4.232 17

Cet excédent des recettes est représenté au 1<sup>er</sup> janvier 1927 par :

Solde créditeur au Compte Courant de Chèques postaux .....	3.766 65
Encaisse en numéraire du Trésorier.....	465 52
Total égal .....	4.232 17

AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1927

Encaisse en numéraire .....	465 52
Solde créditeur au Compte Courant au Crédit Foncier .....	7.567 44
Solde créditeur au Compte Courant des chèques postaux .....	3.766 65
4.660 francs de rente française 3 0/0.	
340 francs de rente française 5 0/0.	
360 francs de rente française 6 0/0.	
160 francs de rente française 4 0/0 or 1925.	
100 francs de rente en 2 bons décennaux 5 0/0 1924.	
20 obligations Ch. de fer Est-Algérien 3 0/0.	
49 obligations Ch. de fer Midi anciennes 3 0/0.	
39 obligations-Ch. de fer P.-L.-M. anciennes 3 0/0.	
34 obligations Ch. de fer P.-L.-M. nouvelles 3 0/0.	

## BUDGET DE 1927

## Prévision des recettes :

Cotisations .....	2.100 »
Souscriptions d'asiles .....	2.200 »
Subvention du Conseil général de la Seine.....	500 »
Revenus des rentes et titres.....	7.200 »
Total .....	<u>12.000 »</u>

## Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer .....	11.000 »
Frais de Trésorerie et Secrétariat.....	1.000 »
Total .....	<u>12.000 »</u>

*Approuvé* : Paul COURBON.

Après vérification des comptes, des félicitations sont votées au trésorier. Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil dont les pouvoirs sont expirés. Onze votes par correspondance ont été reçus.

Sont élus : MM. Arnaud, Guiraud, Marchand, Truelle, Usse.

Un nouveau scrutin a lieu pour remplacer au Conseil Marcel Briand, décédé. M. P. Courbon est élu.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Courbon, Cullerre, Delmas, Lalanne et Sérieux, dont les pouvoirs expirent en 1928.

MM. Dupain, Olivier, Rayneau, Semelaigne, Vurpas, dont les pouvoirs expirent en 1929.

MM. Arnaud, Guiraud, Marchand, Truelle et Usse, dont les pouvoirs expirent en 1930.

La séance est levée à quinze heures.



Après l'Assemblée générale le Conseil s'est réuni conformément à l'article 4 des statuts pour désigner les membres du Bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.

*Vice-Président*, M. SEMELAIGNE.

*Secrétaire*, M. GUIRAUD.

*Trésorier*, M. DUPAIN.



## LISTE DES MEMBRES

### *Membres fondateurs*

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Claude, Chaussinand, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Le Savoureux, Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne, Tarrius, Voivenel.

### *Membres sociétaires*

MM.

Abadie, Abély (P.), Abély (X.), Adam (A.), Adam (E.), Adam (F.), Alaize, Albès, Allamagny, Ameline, Anglade, Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Beaudouin, Bécue, Benon, Bessière, Bessière (R.), Billet, Borel, Boutet, Bonhomme, Bonnet, Bour, Bournilhet, Bouyer, Briche, Brissot, Bronsseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus, Capgras, Carriat, Carrier, Castin, Ceillier, Charpenel, Charpentier (J.), Charpentier (R.), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clément, Clérambault (de), Codet, Colin, Collet, Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas (P.), Demay, Deron, Desruelles, Devaux, Devay, Doderro, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupin, Dupouy.

Eissen, Euzière.

Farez, Fassou, Fauvel, Fenayrou, Fouque, Frankhauser, Frey, Fromenty.

Gassiot, Genil-Perrin, Gelma, Gilles, Gilson, Gimhal, Gouriou, Guichard, Guiard, Guilherm, Guiraud.

Hacquart, Halberstadt, Hamel (J.), Hamel (M.), Hesnard, Heuyer, Hyvert.

Jacquín, Jalenques, Janet, Journiac.

Kahn.

Lachaux, Lafage, Laffon, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne, Latapie, Latreille, Lautier, Lauzier, Legrain, Le Maux, Lépine, Lerat, Leroy, Le Roy des Barres, Levét, Lévy-Valensi, Leyritz, Livet, Logre, Loup, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilatre, Mallet, Marchand, Marie, Martimor, Maupaté, Mercier, Merland, Mézie, Mignot, Minowski, Monestier, Morat.

Nageotte, Naudascher, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pagès, Pain, Paris, Parant, Pasturel, Pellissier, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Pochon, Porcher, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

Quercy.

Rafféau, Raviart, Raynier, Reboul-Lachaux (J.), Reddon, Renaux, Régis, Revault d'Allonnes, Revertégat, Riche, Ricoux, Rist, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (C.), Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Santenoise (D.), Schützenberger, Séglas, Senges, Sérieux, Simon, Sizaret, Slizewicz, Sollier, Sollier (A.), Spitz, Suttel.

Targowla, Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védié, Vernet, Viel, Vieux, Vignaud, Villey-Desmeserets, Vinchon, Violet, Vurpas.

#### RÉSUMÉ

Membres fondateurs .....	19
Membres sociétaires .....	228
Total .....	247

# VARIÉTÉS

---

## PERMANENCE

### DES CONGRÈS D'ASSISTANCE PUBLIQUE ET PRIVÉE (*Intelligere super et pauperem*)

COMITÉ INTERNATIONAL FONDÉ EN 1900

*Siège à Paris, 49, rue de Miromesnil*

*Bruxelles, le 25 juin 1927.*

M.

Vous êtes invité à favoriser de votre adhésion le sixième Congrès international d'Assistance publique et de Bienfaisance privée qui se tiendra à Paris du jeudi 5 au samedi 7 juillet 1928.

Ce congrès, qui devait se tenir à Londres en 1925 et dont les événements ont forcé de changer le siège et la date, est la suite des congrès internationaux d'Assistance publique et de Bienfaisance privée qui ont eu lieu à Paris en 1889, à Genève en 1896, à Paris en 1900, à Milan en 1906 et à Copenhague en 1910 ; il fera partie d'une grande *Quinzaine Sociale Internationale* qui comprendra, en outre, un Congrès international de la Protection de l'Enfance, un Congrès international du Service social et un Congrès international de l'Habitation.

La cotisation à ce congrès d'Assistance est fixée à 50 francs français ; elle sera réduite à 25 francs pour les adhérents ne désirant pas recevoir les publications des Congrès (rapports généraux et comptes rendus).

Les promoteurs de la *Quinzaine Sociale Internationale* s'occupent d'organiser pour compléter cette manifestation philanthropique une ou plusieurs expositions spéciales se rattachant à ces congrès.

Il y aura aussi, comme de coutume, des visites d'établissements et des excursions collectives.

Le programme du congrès d'Assistance publique et de Bienfaisance privée se compose des cinq questions suivantes :

I. — LA SUBSTITUTION PROGRESSIVE DE LA PRÉVOYANCE À L'ASSISTANCE (*rapporteur général* : M. VAN OVERVERGH, sénateur, président du Conseil supérieur de la Bienfaisance de Belgique).

II. — L'ASSISTANCE AUX ÉTRANGERS EXAMINÉE AU POINT DE VUE DE L'APPLICATION DES TRAITÉS DÉJÀ CONCLUS (*rapporteur général* : M. le professeur VALAGUTTA de Rome).



III. — L'ASSISTANCE AUX PERSONNES QUI NE SONT PAS ENTIÈREMENT PRIVÉES DE RESSOURCES, MAIS QUI ONT ABSOLUMENT BESOIN DU SECOURS SOCIAL (*rapporteur général* : Mlle CHAPTAL, membre de la section permanente du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France).

IV. — L'ASSISTANCE AUX VIEILLARDS DE TOUTES CATÉGORIES (*rapporteur général* : M. le docteur POLLIGKEIT, de Francfort).

V. — L'ASSISTANCE AUX PERSONNES A MENTALITÉ DIMINUÉE (*rapporteur général* : Mlle FOX, secrétaire honoraire de l'Association For Mental Welfare, de l'Angleterre et du pays de Galles).

Les rapports généraux seront imprimés et distribués avant le congrès ; ils contiendront l'analyse des rapports particuliers qui auront été déposés assez à l'avance ; seuls ils seront discutés dans les assemblées générales.

Chaque membre du Congrès est autorisé à présenter des notes ou mémoires sur une ou plusieurs de ces questions, sans préjudice de son intervention orale aux discussions, dans la mesure du temps dont on disposera.

Toutes autres questions d'assistance publique et de bienfaisance privée pourront être soumises au congrès qui les examinera dans ses séances de section, sans que les conclusions des séances de section soient susceptibles d'être portées devant l'assemblée générale.

Les rapports généraux seront publiés en français et en anglais ; les discussions auront lieu en français, mais les interventions en langue anglaise seront admises et traduites ou résumées séance tenante. En outre, les rapporteurs généraux italien et allemand auront la faculté de présenter leur travail et leurs observations dans leurs langues respectives ; la traduction en sera faite en français et en anglais.

Vous trouverez d'autre part la liste du Comité international sous le patronage duquel le congrès se réunira, comité que le congrès lui-même complètera en élisant des délégués des pays qui lui auront fourni des adhérents. Il importe, en effet, que le caractère mondial de la permanence des congrès, détruit par la dernière guerre, soit rétabli comme antérieurement.

Le comité renouvelé se placera sous l'égide de la Société des Nations, organe international par excellence des temps nouveaux, qui a bien voulu encourager l'organisation de notre congrès et qui y sera représenté par des personnalités compétentes.

Les adhérents au congrès pourront être, soit des établissements publics ou privés, soit des associations, soit des collec-

tivités administratives, comme les provinces, les départements et les communes, soit de simples particuliers. Les gouvernements seront invités à se faire représenter.

Nous avons le ferme espoir que ce sixième congrès ne sera pas inférieur aux précédents. Les nations civilisées se doivent, aujourd'hui surtout, d'affirmer une fois de plus leur ferme volonté de marcher dans la voie du salut social par la pratique intelligente de la solidarité humaine.

Les adhésions, les cotisations et les mémoires doivent être adressés à M. Georges RONDEL, secrétaire général de la Permanence des congrès d'Assistance publique et de Bienfaisance privée, 49, rue de Miromesnil, Paris (VIII<sup>e</sup> arrondissement).

*La Présidente,*

Juliette-Henry CARTON DE WIART.

### L'ASILE DE FONT-D'AURELLE

PASSE SOUS L'ADMINISTRATION DES HOSPICES DE MONTPELLIER

Nous lisons dans *le Siècle Médical* :

« Le conseil général de l'Hérault vient de céder à bail pour 99 ans, à la commission administrative des hospices de Montpellier, qui possède déjà, et depuis peu de temps, les sanatoria Bellevue et Bon-Accueil, l'asile départemental d'aliénés de Font-d'Aurelle, situé à 2 kilomètres de la ville. Ce superbe établissement — d'une superficie de 30 hectares — comprend 52 pavillons, avec 1.100 lits, une boulangerie modèle, une laiterie et une porcherie. Il a nécessité une dépense à l'origine de plus de six millions de francs.

« A ce domaine est joint le château d'O, monument historique, ainsi que 23 hectares de vigne pouvant produire 2.000 hectolitres de vin. La valeur actuelle de tout ce domaine n'est pas loin d'atteindre une centaine de millions.

« Les hospices de Montpellier ont là des avantages intéressants puisque l'utilisation de tous les pavillons inoccupés leur permettra des hospitalisations de certaines catégories de malades dont la désignation est déjà faite. Cette extension favorisera la Faculté de médecine de Montpellier au point de vue enseignement, puisque de nouveaux services vont s'ouvrir. »

La Clinique des maladies mentales sera, paraît-il, transférée à Font-d'Aurelle, ce qui paraît légitime et à tous égards excellent, les services de maladies mentales actuels subsistant sans changement au point de vue du nombre et du mode de recrutement des médecins.

# TABLE DES MATIÈRES

## DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1927

### Chroniques

Saint François d'Assise et la Psychiatrie, par M. Paul COURBON, tome I, p. ....	5
Remarques sur le secret professionnel dans la pratique de la médecine mentale, vis-à-vis du malade et vis-à-vis des tiers, par le D <sup>r</sup> LATAPIE.....	97
Le centenaire de Pinel, par R. SEMELAIGNE .....	237
La crise du recrutement médical dans les asiles et l'insuffisance des traitements, par G. DEMAY.....	333
La Société Médico-Psychologique, par Henri COLIN.....	429
Centenaire de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian, par Paul COURBON, tome II, p.....	5
XXXI <sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française (Blois, du 25 au 30 juillet 1927), par Paul COURBON .....	201
L'enseignement professionnel des infirmiers des asiles, par H. COLIN .....	393

### Articles originaux

J. CAPGRAS. — Crimes et délires passionnels, tome I, p. ....	32
E. MINKOWSKI. — Contribution à l'étude de l'automatisme mental (syndrome de Clérambault).....	104
R. BENON. — Mélancolie vraie et guérison.....	240
G. HALBERSTADT. — L'œuvre psychiatrique de Krapelin.....	336
Marcel NATHAN. — Scrupule et folie du doute .....	367
M. NATHAN. — Un type particulier de syndrome de compensation. ....	436
O.-L. FOREL. — De la suggestion.....	443
M <sup>me</sup> le D <sup>r</sup> ROSSI. — L'influence de l'inhibition sur le langage.....	463
Hamilton MARR. — Dante et Rabelais. Deux médecins médiévaux. Exposé sommaire de leur philosophie, tome II, p.....	105
R. SEMELAIGNE. — Arnaud (François-Léon) (1858-1927).....	131
A.-G. IVANOFF-SMOLENSKY. — Etudes expérimentales sur les enfants et les aliénés selon la méthode des réflexes conditionnels .....	140
Henri DAMAYE. — Considérations sur la schizophrénie et ses associations.....	218
Achille DELMAS. — A propos de l'automatisme mental.....	224
A. STAROBINSKI. — Une nouvelle conception du génie et du talent. ....	229
G. HALBERSTADT. — Marcel Briand, l'homme et l'œuvre (1853-1927). ....	297
O. CROUZON, H. BARUK et COSTE. — Délire d'influence et tumeur cérébrale .....	322
G.-G. de CLÉRAMBULT. — Syndrome mécanique et conception mécaniciste des psychoses hallucinatoires.....	398
G. REVAULT d'ALLONNES. — Les hétéro-impulsions .....	414

## Documents cliniques

Henri DAMAYE et Pascal AVELLA. — Réaction fébrile exagérée chez un épileptique tuberculeux à l'occasion d'une grippe. Hyperexcitabilité sympathique.....	264
Georges PETIT et Henry DAUSSY. — Encéphalite épidémique chronique fruste avec crises de bradypsychie et perversions instinctives chez un enfant de douze ans.....	269
CALMELS. — La thérapeutique des maladies mentales par le travail.	277
LEYRITZ. — Note au sujet du langage intérieur et de ses hallucinations.....	481

## Société Médico-Psychologique

<i>Séance du 27 décembre 1926.</i> — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — Subvention du Conseil municipal. — Addition à l'art. 5 des statuts. — Elections. — SÉANCE ORDINAIRE. — Correspondance : MM. Courbon, Revault d'Allonnes. — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de M. Logre ( <i>Election</i> ). — Rapport de M. de Clérambault sur la candidature de M. Heuyer ( <i>Election</i> ). — Rapport de M. Leroy sur la candidature de M. Bouyer ( <i>Election</i> ). — Rapport de M. Legrain sur la candidature de M. Bersot ( <i>Election</i> ). — Sur l'intuition délirante. Sa signification, par MM. R. Targowla, A. Lamache et H. Daussy. — Histoire médico-administrative d'un paranoïaque revendiquant, par MM. Laignel-Lavastine et A. Delmas. Discussion : MM. J. Rogues de Fursac, Delmas, Laignel-Lavastine. — Crimes et délires passionnels, par M. J. Capgras. — Présentation par MM. Petit et Daussy d'un jeune garçon atteint de troubles mentaux post-encéphalitiques. — Vacance de deux places de membres titulaires, tome I, p.....	48
<i>Séance du 31 janvier 1927.</i> — Correspondance : MM. Logre, Heuyer, Bouyer, Bersot, Petit, Santenoise. — Allocution de M. Sollier, président sortant. — Allocution de M. Legrain, président. — Rapport de la Commission des finances. — Centenaire de Pinel. — Prix de la Société. — Discussion sur les crimes et délits passionnels : MM. A. Delmas, Leroy. — Délire de disculpation. Du rôle de l'automatisme mental dans la genèse des délires, par MM. P. Courbon et J. Magnand. Discussion : MM. Delmas, Courbon. — Hallucinations auditives conscientes de longue durée, par MM. H. Nouet et J. Lautier. Discussion : M. Delmas. — Syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis héréditaire oculaire et labyrinthique. Considérations sur une variété spéciale d'hallucinations oculaires provoquées, par MM. H. Claude, H. Barruk et P. Verwaeck. Présentation du malade et discussion : MM. Arnaud, Delmas, Legrain, Mallot, Baruk, Trénel.....	120
<i>Séance du 28 février 1927.</i> — Mort de M. Marcel Briand. — Correspondance : M. Blin. — Rapport de M. de Clérambault sur les candidatures de MM. Petit ( <i>Election</i> ) et Santenoise ( <i>Election</i> ). — Crimes et délires passionnels. Discussion : MM. Dupain, Courbon, Delmas, Charpentier. — Tests d'évaluation du temps, par MM. H. Beaudoin et R. Bouchard. — Syndrome thalamique transitoire chez un dément précoce, par MM. P. Guiraud et R. Szulaski. Discussion : MM. Claude, Guiraud. — Vacance d'une place de membre titulaire.....	284

- Séance du 28 mars 1927.* — Correspondance : MM. Petit, Sante-noise, Calmels et Royal Medico Psychological Association. — Mort de Charles Foix, par M. le P<sup>r</sup> Claude. — Crimes et délires passionnels (suite de la discussion). — Les conditions d'internement et de sortie des aliénés dangereux, par M. P. Guiraud. Discussion : M. P. Courbon. — De la paralysie générale et de son traitement, par M. R. Benon..... 377
- Séance du 25 avril 1927.* — Correspondance : M. H. Colin. — Rapport de M. R. Charpentier sur la candidature de M. François Calmels (*Election*). — A propos des applications de la méthode psychanalytique à la clinique psychiatrique courante, par M. Hesnard. Discussion : MM. Guiraud, de Clérambault. — Du rôle de l'affectivité dans les psychoses hallucinatoires chroniques, par M. de Clérambault..... 486
- Séance solennelle du 30 mai 1927.* — Correspondance : MM. R. Charpentier, Miller. — Rapport de M. Capgras sur le prix Belhomme (attribution à M. Martimor). — Centenaire de Pinel : Allocution de M. Legrain ; Discours de M. Semelaigne ; — Pinel, psychiatre, par M. P. Courbou ; — Pinel, homme de Lettres, par M. G. Deulin ; — Pinel, médecin légiste, par MM. Laignel-Lavastine et J. Vinchon. — Election de membres associés étrangers : MM. Bond, Marr, Robertson, Ross, Verwaeck, Tysbaert, Puusepp, Bouman et Chovoschko. — Allocution de M. Robertson. — Allocution de M. Chovoschko, tome II, p..... 23
- Séance du 27 juin 1927.* — Décès de M. Arnaud : allocution de M. Legrain, président. — Correspondance : MM. Boven, Martimor, Maric, Verwaeck, Tysbaert, Bouman, de Craene, Robertson, Sommer, Legrain. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. J.-Ch. Miller (*Election*). — Le divorce pour cause d'aliénation mentale : Examen de la proposition de loi Palmade et André-Hesse, par MM. J. Eissen et P. Provent. Discussion : MM. Courbon, Trénel, Roubinovitch, Charpentier, Eissen..... 151
- Séance du 18 juillet 1927.* — Correspondance : MM. Donald Ross et H.-C. Marr. — Un cas d'athétose double, par MM. J.-Ch. Miller, Th. Simon et J. Vié. Discussion : M. Truelle. — De l'étiologie des psychoses en foyer. Simultanéité des effets et diversité des causes en psychiatrie, par M. Paul Courbon. — Des effets aphrodisiaques de la peur. Crise de masturbation frénétique déclanchée par la vue d'une opération chirurgicale, par MM. Paul Courbon et Gabriel Fail. Discussion : MM. Simon, Courbon. — Etat schizophrénique et tendances homosexuelles, par M. Paul Abély. Discussion : MM. Marchand, Guiraud..... 234
- Séance du 31 octobre 1927.* — Décès de MM. Jacquin et Antheaume : allocution de M. Legrain, président. — Légion d'honneur : MM. Janet, Raynier. — Correspondance : MM. Miller, Vignaud, Repond, Shaw-Bolton, Lord, Worth, Nimian-Bruce, A. Thom, Revault d'Allonnes et Heuyer. — Meeting annuel de la Royal Medico-Psychological Association. — Hommage au P<sup>r</sup> Domingo Gabred. — Rapport de M. Legrain sur la candidature de M. Boven (*Election*). — Choc anaphylactique, choc colloïdodermique et épilepsie, par M. L. Marchand. Discussion : MM. Guiraud et Marchand. — Délire malicieux hémiphobréphénique, par MM. Capgras, Dupouy et Briau. Discussion : MM. Dupouy, Delmas, Courbon et Charpentier..... 337
- Séance du 28 novembre 1927.* — Correspondance : MM. Semelaigne, Beaudouin, Minkowski. — Rapport de M. Semelaigne sur la can-

didature de M. Vignaud (*Election*). — Rapport de M. Semelaigne sur les candidatures de MM. Shaw Bolton, et Ninian Bruce (*Election*). — Rapport de M. H. Colin sur les candidatures de MM. Lord et Worth (*Election*). — Rapport de M. R. Charpentier sur la candidature de M. Repond (*Election*). — Rapport de M. R. Charpentier sur la candidature de M. Douglas A. Thom (*Election*). — Le divorce des aliénés : rapport de M. Frot, député, à la Chambre des Députés, par M. A. Fillassier. Discussion : MM. G. Dumas, Fillassier, de Clérambault, Leroy. — Meurtre impulsif et syphilis encéphalique, par MM. P. Guiraud et A. Thomas. Discussion : MM. Courbon, Guiraud. — Délires émotionnels de persécution à deux avec représentations imaginaires et réactions agressives de défense par inadaptabilité au milieu social, par MM. P. Courbon et Plouffe. Discussion : MM. Courbon, Leroy, Capgras..... 423

### Analyses

Bibliographie et analyses, tome I, p.....	76, 164, 304,	411
— — — — — tome II, p.....	186, 373,	447

### Réunions et Congrès

Conférence du Dr F.-G.-H. van Loon sur les Psychoses chez les races malaises, tome I, p.....	167
Compte rendu du XXXI <sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. (Blois, 25 juillet au 31 juillet 1927), tome II, p.....	258

### Sociétés savantes

Société clinique de Médecine mentale, tome I, p.....	82, 170, 314, 415, 518,	520
— — — — — tome II, p.....	99, 193, 289,	460
Société de Psychiatrie, tome I, p.....	86, 172, 316,	416
— — — — — tome II, p.....	100, 195, 385,	462
Société belge de Médecine mentale, tome I, p.....	319,	418
— — — — — tome II, p.....	102, 291,	464

### Académie de Médecine

Séance solennelle du 31 mai 1927, à l'occasion des centenaires de Pinel et de Vulpian, tome II, p.....	73
--	----

### Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours. Réunions et Congrès, etc.	
tome I, p.....	87, 181, 320, 419,
tome II, p.....	104, 198, 293, 387,
Prix de la Société Médico-Psychologique, tome I, p.....	190

### Association mutuelle des Médecins aliénistes de France

Assemblées générales de 1926 et 1927, tome I, p. 174, tome II, p..	466
--	-----

### Annexe

M. de Clérambault : Psychoses d'automatisme et syndrome d'automatisme, tome I, p.....	193
---	-----

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES <sup>(1)</sup>

- 
- Académie de médecine de Buenos-Aires ; hommage au P<sup>r</sup> Cabred, II, 198, 342.
- Affectivité et psychose hallucinatoire chronique, I, 508.
- Affectivité et intelligence, I, 79.
- Angoisse et extase, II, 376.
- Année médicale pratique ; revue, I, 411.
- Armée ; utilisation des débiles mentaux, II, 286.
- prophylaxie mentale, II, 287.
- Arnaud ; éloge, II, 131.
- Assistance :
- aliénés étrangers dans les asiles de la Seine, I, 427.
- asile de Font-d'Aurelle, II, 476.
- permanence des congrès internationaux d'assistance, II, 474 (voir infirmiers).
- Athétose double, II, 234.
- Atrophie musculaire type Charcot-Marie ; transmission héréditaire, II, 188.
- Automatisme mental :
- Revue générale, I, 193 ; II, 224, 258.
- son rôle dans la genèse des délires, I, 138.
- associé à un délire mélancolique ; cœnestopathie, I, 104.
- et psychanalyse, I, 494.
- Automatique (langage), II, 278.
- Benjoin colloïdal ; technique de la réaction, I, 306.
- Briand Marcel. L'homme, l'œuvre, II, 297.
- Centenaires de la mort de Pinel et de la naissance de Vulpian ; chronique, II, 5 (voir Pinel et Vulpian).
- Cervelet ; symptomatologie des lésions organiques, II, 188.
- Chorée (hémi) ; anatomo-pathologie, II, 188.
- Chronaxie en psychiatrie, II, 283.
- Compensation (syndrome de), I, 436.
- Concours : de médecins des asiles de la Seine, I, 191, 424 ; de médecins des asiles, I, 190, 523 ; internat des asiles de la Seine, I, 191, 424.
- Congrès des médecins aliénistes. Blois ; programme, I, 88, 420 ; chronique, II, 201 ; compte rendu, II, 258.
- Anvers ; programme.
- Constitutions physiques dans les maladies mentales, II, 376.
- Crimes et délits passionnels, I, 32, 128, 287, 379.
- Dangereux (aliénés). Conditions d'internement et de sortie, I, 398.

---

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

Dante et Rabelais, médecins médiévaux, II, 105.

Démence précoce :

- syndrome thalamique, I, 295.
- traitement par méningite aseptique, II, 192.
- catatonique ; rapports avec les syndromes parkinsoniens, II, 277.
- recherches d'histo-pathologie, II, 187 (voir hétérophrénie, hétérodophrénie, schizophrénie).

Dermatologie en clientèle. Traité, II, 449.

Disculpation (délire de). Rôle de l'automatisme mental dans la genèse des délires, I, 438.

Divorce et paranoïa, I, 72.

Divorce et aliénation mentale ; examen d'un projet de loi, II, 458.

Divorce des aliénés, II, 271, 429.

Doute (folie du) et scrupule, I, 367.

Emotionnels (délires) de persécution à deux, avec représentations imaginatives et réactions agressives de défense par inadaptabilité au milieu social, II, 438.

Emotive (constitution) et vago-sympathicotonicisme, I, 306.

Encéphalite épidémique :

- chronique ; bradypsychie et perversions instinctives chez un enfant, I, 269.
- séquelles infantiles, II, 275.
- syndromes dépressifs, II, 285.

Encéphalite périaxiale de Schilder, II, 189.

Enfants :

- encéphalite épidémique, bradypsychie, perversions instinctives, I, 269.
- enfant turbulent ; retards et anomalies du développement moteur et mental, II, 381.

- études expérimentales selon la méthode des réflexes conditionnels, II, 140.

Epilepsie :

- tuberculose ; réaction fébrile exagérée à l'occasion d'une grippe ; hyperexcitabilité sympathique, I, 264.
- chocs anaphylactiques et colloïdoclasiques, II, 346.
- pathogénie, II, 192.
- diagnostic par hyperpnée, II, 189.
- traitement par autosérothérapie, II, 281.

Exotisme. Psychoses des races malaises (amok et latah), I, 169.

Freudisme :

- critique de la psychologie de l'inconscient, II, 453.
- complexe d'Œdipe, II, 278 (voir Psychanalyse).

Génie et talent ; nouvelle conception, II, 229.

Guerre : union des médecins mutilés, I, 425.

Hallucinations :

- visuelles et auditives dans la syphilis héréditaire oculaire et labyrinthique, I, 152.
- auditives conscientes de longue durée, I, 146.
- visuelles provoquées, I, 158.
- visuelles par le peyoth, II, 278.
- hypnagogiques ; visions de demi-sommeil, I, 165 (voir psychoses).

Hétérophrénie ; symptômes limitaires, II, 284 (voir démence précoce).

Hétérodophrénie et délire malicieux, II, 360.

Hématologie ; groupes sanguins en psychiatrie, II, 278 (voir sang).



- Hémiplégie et troubles sympathiques, II, 450.
- Hérédité dans les maladies mentales, II, 192.
- Homosexualité et schizophrénie, II, 254.
- Huntington (maladie de) ; forme akynétique, II, 280.
- Hygiène mentale et nerveuse individuelle, II, 375.
- Hygiène mentale ; rôle des dispensaires, II, 286.
- Hystérie ; mécanisme, II, 189.
- Impulsions ; hétéro-impulsions ; délire d'influence, II, 414.
- Infirmiers d'asiles ; enseignement professionnel, II, 393.
- Influence (délire) et tumeur cérébrale, II, 322 (voir impulsions).
- Inhibition ; influence sur le langage, I, 463.
- Instincts, chez l'homme ; leur vie et leur mort, I, 80.
- Intuition délirante, I, 57.
- Kinésie paradoxale, II, 280.
- Kræpelin ; son œuvre, I, 336.
- Langage :  
— intérieur et ses hallucinations, I, 481.  
— automatique, II, 278.  
— étude clinique et anatomopathologique, II, 190.
- Mariage. Examen médical préalable, II, 448.
- Maroc. Journées médicales 1928 ; programme, II, 390.
- Mécanique (voir psychoses hallucinatoires).
- Médecine légale (voir : crimes, dangereux, divorce, meurtre, moral (sens), responsabilité, revendication, secret professionnel, suicide).
- Médecins d'asiles :  
— crise du recrutement, I, 333.  
— circulaire ministérielle sur les indemnités, I, 419.  
— nominations, I, 89 ; II, 295.  
— distinctions honorifiques, I, \* 88 ; II, 294, 338.  
— association mutuelle, I, 176 ; II, 466.
- Médecins de la Préfecture de la Seine ; traitements, I, 320.
- Mélancolie. Guérisons, I, 240.
- Méningées (tumeurs), II, 189.
- Meurtre impulsif et syphilis encéphalique, II, 432.
- Miracles ; restauration des icônes en Russie, I, 411.
- Moral (sens) ; altérations dans la période d'incubation des états psychopathiques aigus, I, 308.
- Musique (rééducation mentale par), II, 279.
- Nécrologie : d'Abundo, I, 522 ; Adam, II, 337 ; Antheaume, II, 293, 337 ; Arnaud, II, 104, 151 ; Bianchi, I, 522 ; Briand, I, 183 ; Foix, I, 378 ; Jacquin, II, 293, 337.
- Neuro-psychiatrie ; séméiologie. Traité, I, 305.
- Neurologie :  
— traité de médecine Roger, Widal, Teissier.  
— travaux de P. Marie, II, 451.  
— travaux du P<sup>r</sup> Wimmer, I, 306.
- Neuropathiques (syndromes) : neurasthénie, psychasthénie, anxiété, obsessions, pithiatisme, II, 452.
- Obsessions :  
— et suicide, I, 306.  
— traitement, II, 286.
- Paralysie générale :  
— traitement, I, 407.  
— atrophie cérébrale, II, 281.  
— signe d'Argyll unilatéral, II, 282.

- Paranoïa revendicante ; histoire médico-administrative, I, 64.
- Parkinsonisme et hypertonie musculaire wilsonienne, II, 282.
- Passionnels (crimes et délits), I, 32, 128, 287, 379.
- Pensions militaires. Circulaire concernant les aliénés, I, 89.
- Persécution (délire de) à deux avec représentations imaginaires et réactions agressives de défense par inadaptabilité au milieu social, II, 438.
- Peur ; effets aphrodisiaques, II, 246.
- Peyolt, I, 413, II, 278.
- Pharmaceutiques (spécialités) ; dictionnaire, II, 384.
- Pinel :
- centenaire ; programme, I, 87, 328.
  - chronique, I, 237.
  - II, 26.
  - psychiatre, II, 30.
  - homme de lettres, II, 52.
  - médecin légiste, II, 58.
  - nosographe et clinicien, II, 73.
  - psychologue, II, 82.
  - et Vulpian, II, 89 (voir centenaire).
- Presbyogénèse ; dysphrénies et dysplasies, II, 191.
- Psychanalyse :
- II, 294, 454.
  - et psychologie expérimentale, II, 191.
  - et symbolisme, II, 190.
  - applications à la clinique psychiatrique, I, 488 (voir Freudisme).
- Psychiatrie. Traité ; collection Sergent, I, 309.
- traité, II, 186.
- Psychologie pathologique, I, 311.
- Psychologie (Institut), programme 1927-28, II, 388.
- Psychogénèse ; essai de biopsychie évolutive, I, 312.
- Psychopathologie et son traitement, I, 77.
- Psychoses hallucinatoires ; leur conception ; syndrome mécanique, II, 398.
- Psychoses en foyer ; étiologie ; simultanéité des effets et diversité des causes en psychologie, II, 242.
- Rabelais et Dante, médecins médiévaux, II, 105.
- Rabelais. Œuvre, doctrine, I, 78.
- Rachidien (quotient), II, 284.
- Réflexes :
- conditionnels ; étude expérimentale sur les enfants et les aliénés, II, 140.
  - de la malléole externe et phénomène de Piotrowski, II, 188.
- Régimes (formulaire), II, 447.
- Responsabilité civile des mai-  
sons de santé privées, I, 323.
- Revendication (paranoïa), his-  
toire médico-administrative, I, 64.
- Saint François d'Assise et la  
psychiatrie, I, 5.
- Sang (affections du) et des  
organes hématopoiétiques ;  
traité, II, 186 (voir hématolo-  
gie).
- Schizophrénie :
- et tendances homosexuelles,  
II, 251.
  - et ses associations, II, 218.
  - et examen de l'attention, II,  
275.
  - ses éclipses, II, 279.
  - II, 455.
- Sclérose en plaque ; traitement  
par autosérothérapie, II, 281.
- Secret professionnel vis-à-vis de  
l'aliéné ; violation par les  
tiers, I, 97.
- Sérothérapie (auto) ; traitement  
de l'épilepsie et de la sclérose  
en plaque, II, 281.

- Social (milieu) 'et aliénation mentale, I, 307.
- Société clinique de médecine mentale* : déc. 1926, I, 82 ; janvier 1927, I, 172 ; février, I, 314 ; mars, I, 415 ; avril, I, 518 ; mai, II, 99 ; juin, II, 193 ; juillet, II, 289 ; nov., II, 460.
- Société médico-psychologique* : déc., 1926, I, 48 ; janvier 1927, I, 120 ; février, I, 284 ; mars, I, 377 ; avril, I, 486 ; juin, II, 151 ; juillet, II, 234 ; oct., II, 337 ; nov., II, 423.
- Prix : I, 192, II, 24.
- Membres titulaires : Calmels, I, 486 ; Heuyer, I, 51 ; Logre, I, 50 ; Petit G., I, 284 ; Santenoise, I, 286.
- Membres correspondants : Bouyer, I, 52 ; Vignaud, II, 423.
- Membres associés étrangers : Bersot, I, 54 ; Boven, II, 343 ; Douglas-A.-Thon, II, 428 ; Lord, II, 425 ; Miller, II, 156 ; Ninian Bruce, II, 424 ; Respond, II, 426 ; Shaw Bolton, II, 424 ; Worth, II, 425.
- Chronique historique, I, 429.
- Société de psychiatrie* : janvier, I, 174 ; février, I, 316 ; mars, I, 416 ; avril, I, 520 ; mai, II, 100 ; juin, II, 195 ; octobre, II, 385 ; nov., II, 462.
- Société belge de médecine mentale* : janvier, I, 319 ; mars, I, 418 ; mai, II, 102 ; sept., II, 291 ; octobre, II, 464.
- Société suisse de psychiatrie* : II, 294.
- Société médico-psychologique* (Angleterre) : juillet 1927, II, 340.
- Sociologie. Journée de 8 heures en Suisse, I, 426.
- Sorcellerie en Argentine, I, 304.
- Suggestion, I, 443.
- Suicide par obsession, I, 306.
- Sympathique et constitution émotive, I, 306.
- Sympathiques (troubles) dans l'hémiplégie, II, 450.
- Synergies fonctionnelles faciales, II, 275.
- Syphilis :  
— héréditaire oculo-babyrinthique avec hallucinations, I, 152.  
— encéphalique et meurtre impulsif, II, 432.  
— traitement, II, 449.  
— nerveuse ; traité, II, 373.
- Temps ; tests d'évaluation, I, 292.
- Thalamique (syndrome) chez un dément précoce, I, 295.
- Thérapeutique ; traité, II, 448.
- Topographie chirurgicale ; traité, I, 305.
- Toxicomanie (voir peyoth).
- Traumatismes cérébraux ; avenir médico-social, I, 76.
- Travail ; thérapeutique des maladies mentales, I, 277 (Villejuif).
- Tuberculose :  
— confusion mentale, II, 284.  
— le bacille tuberculeux, II, 447.
- Tumeur cérébrale et délire d'influence, II, 322.
- Vaccinale (hémichorée post-), II, 280.
- Ventricules latéraux ; tumeurs, II, 269.
- Vide (sentiment du), II, 275.
- Volition ; psychopathologique, I, 313.
- Vulpian ; centenaire, I, 330 (voir centenaire).
- Zona ; paralysie des membres inférieurs, II, 282.

## TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

Abély P., II, 251.  
 D'Abundo, II, 190.  
 Achard, II, 89.  
 Adam F., II, 273, 280, 288.  
 Alajouanine, II, 271.  
 Anglade, II, 271.  
 Arnaud, I, 162, 397.  
 Austregesilo, II, 288.  
 Avella, I, 264.  
 Balduzzi, II, 188.  
 Baroni, II, 189.  
 Baruk, I, 452, II, 171, 277, 322.  
 Barré, II, 270.  
 Beaudoin, I, 292.  
 Beijerman, II, 279, 280.  
 Benon, I, 240, 407.  
 Blondel, II, 267.  
 Bodin, II, 453.  
 Botelho, II, 284, 288.  
 Bouchard, I, 292.  
 Bourguignon, II, 283.  
 Bouyer, II, 375.  
 Bowen, II, 271.  
 Brian, II, 360.  
 Buscaino, II, 187.  
 Calmels, I, 277.  
 Capgras, I, 32, 384, II, 360, 446.  
 Catalan, I, 304, 306.  
 Charpentier J., I, 379.  
 Charpentier R., I, 291, II, 185, 372.  
 Claude H., I, 452, 302, 394, II, 268, 270, 277.  
 De Clérambault, I, 493, 508, II, 262, 388, 432.  
 Colin H., I, 429, II, 393.  
 Coste II, 271, 322.  
 Courbon, I, 5, 438, 288, 391, 406, II, 5, 30, 181, 204, 242, 246, 260, 273, 371, 438.  
 De Craene, II, 286.  
 Crouzon, II, 271, 322.  
 Cuneo, II, 192.

Dalma, II, 191, 192.  
 Damaye, I, 264, II, 248.  
 Dano, II, 282.  
 Dardel, II, 281.  
 Dareau, II, 384.  
 Dausset, II, 447.  
 Daussy, I, 57, 269.  
 Delaitre, II, 274.  
 Delmas, I, 64, 128, 146, 151, 162, 290, 393, II, 224, 371.  
 Demay, I, 333.  
 Deulin, II, 52.  
 Dide, I, 312.  
 Donaggio, II, 269.  
 Dumas, II, 82, 432.  
 Dupain, I, 287.  
 Dupouy, II, 360.  
 Eissen, II, 458.  
 Fail, II, 246.  
 Fiessinger, II, 448.  
 Fillassier, II, 429.  
 De Fleury M., II, 73.  
 Folly, II, 284, 286.  
 Forel, I, 443.  
 Fragnito, II, 188.  
 Gauduchéau, II, 271, 282.  
 Gelma, I, 308, II, 284.  
 Goldblatt, I, 411.  
 Gommès, II, 280.  
 Gorriti, I, 306.  
 Gougerot, II, 449.  
 Gouriou, II, 274.  
 Guiraud, I, 295, 504, II, 257, 264, 358, 432.  
 Guillain, I, 306.  
 Halberstadt, I, 336, II, 297.  
 Handelsman, II, 275.  
 Hamilton Marr, II, 405.  
 Hesketh, II, 376.  
 Hesnard, I, 80, 488, II, 263, 452.

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

D'Inistresco, II, 278.  
 Ivanoff-Smolensky, II, 140.  
 Janet, II, 260, 269, 275, 376.  
 Jumentié, II, 269.  
 Lagriffe, II, 287.  
 Laignel-Lavastine, I, 64, II, 58, 262.  
 Lamache, I, 57.  
 Laroche, I, 306.  
 Latapie, I, 97.  
 Lautier, I, 146.  
 Lauzier, II, 282.  
 Lechelle, I, 306.  
 Legrain, I, 162, II, 26.  
 Lépine, II, 267.  
 Leroy, I, 133, II, 432, 446.  
 Leroy E.-B., I, 165.  
 Lestchinski, I, 77.  
 Lévi-Bianchini, II, 191.  
 Lévy-Valensi, II, 258.  
 Ley, A., II, 274, 278.  
 Leyritz, I, 484.  
 De Lisi, II, 188.  
 Logre, II, 265.  
 Van Loon, I, 169.  
 Magnand, I, 138.  
 Mallet, I, 163.  
 March L., II, 448.  
 Marchand, II, 257, 266, 281, 366.  
 Martin Sisteron, II, 375.  
 Miller, II, 234, 275.  
 Minkowski, I, 104, II, 266, 455.  
 Mira, II, 286.  
 Molin de Teyssieu, I, 76.  
 Nathan, I, 367, 436.  
 Nayrac, II, 259.  
 Nicati, I, 78.  
 Nonet, I, 146.  
 Obreggia, II, 261, 278.  
 Pagès, I, 79, 313.  
 Parodi, II, 189.  
 Périssou, II, 449.  
 Petit G., I, 269.  
 Plouffe, II, 438.  
 Porcher, II, 269.  
 Provent, II, 158.

Quercy, II, 261, 278.  
 Raviart, II, 269.  
 Rayneau, II, 274.  
 Revault d'Allonnes, II, 414.  
 Ricca, II, 189.  
 Roger H., II, 270.  
 Rogues de Fursac, I, 69.  
 Roncati, II, 192.  
 Rossi, I, 463, II, 274.  
 Roubinovitch, II, 184.  
 Rouhier, I, 413.  
 Rouquier, I, 305, II, 282, 285.  
 Salmon, II, 189.  
 Salomon, II, 274.  
 Sampaio, I, 307.  
 Schultz-Hencke, II, 454.  
 Semelaigne, I, 237, II, 29, 131, 274.  
 Sézary, II, 373.  
 Simon, II, 234, 250, 275.  
 Sollier, II, 265.  
 Starobinski, II, 229.  
 Stravidhis, II, 280.  
 Szumlanski, I, 295.  
 Talenti, II, 189.  
 Targowla, I, 57.  
 Thevenard, II, 277.  
 Thomas A., II, 432.  
 Trénel, I, 163, II, 183, 272.  
 Truelle, II, 242.  
 Tussau, I, 305.  
 Vaudremer, II, 447.  
 Vermeulen, II, 265, 279.  
 Vervaeck, I, 452, II, 274.  
 Vidal, II, 384.  
 Vié, II, 234.  
 Vinchon, II, 58.  
 Viscarpini, II, 188.  
 Wahl, II, 284.  
 Wallon, I, 311, II, 381.  
 Weiss, II, 190.  
 Wertheimer, II, 376.  
 Wimmer, I, 306.  
 Wladiczko, II, 275.

